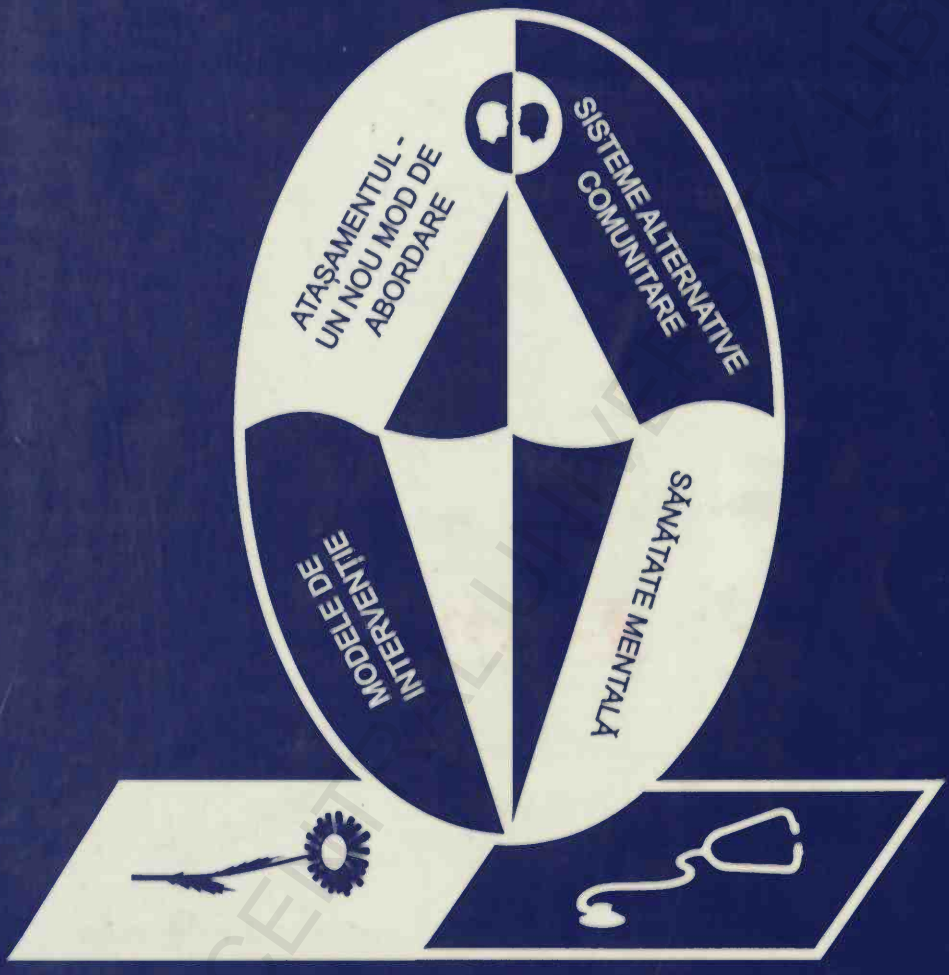
ATAŞAMENTUL ŞI SISTEME COMUNITARE ÎN SĂNĂTATEA MENTALĂ



Dr. VIOLETA OLIVIA STAN

III 272.541

Editura Eurobit Timişoara
2002

BIBL. CENTR. UNIV.
„M. EMINESCU" IAŞI
III 272. 541

BCU IAŞI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

82

Dr. VIOLETA OLIVIA STAN

ATAŞAMENTUL ŞI SISTEME COMUNITARE ÎN SĂNĂTATEA MENTALĂ

BCU IAŞI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IAȘI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Dr. VIOLETA OLIVIA STAN

330.596

ATAŞAMENTUL ŞI SISTEME COMUNITARE ÎN SĂNĂTATEA MENTALĂ

353403
B.C.U. IASI

Editura EUROBIT
Timişoara, 2002

ALE

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Coperta şi materialul ilustrativ:
Ing. Stelian Onea

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României
VIOLETA OLIVIA STAN
ATAŞAMENTUL ŞI SISTEME COMUNITARE ÎN SĂNĂTATEA MENTALĂ /
Violeta Olivia Stan – Timişoara: Eurobit, 2002
p:204; cm: 24

Bibliografie

ISBN 973-620-036-1

27 IUN. 2003

BCU IAŞI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

INTRODUCERE

„La ce bun poetul în vreme de secetă? Să cânte ploile tocmai atunci când avem cea mai mare nevoie de ele, când ne lipsesc şi ne dor, (...) când amintirile au gust de eroare şi speranţa e un cuvânt dificil. (...) şi cel ce cântă ploile riscă să fie dispreţuit şi lovit pentru nebunia şi curajul său care cântă ploile, care cântă torentele, când oamenii ridicând braţele rămân răstigniţi în aer ca pe dealul Golgotei. (...) şi mă interesează mai puţin dacă aşa ceva se poate numi înţelepciune, câtă vreme voi găsi în ceea ce simt logica de care am nevoie."

(Octavian Paler — Scrisori imaginare, 1988)

Căderea Cortinei de Fier a adus, odată cu mişcările sociale din ţările fostului bloc comunist, imaginea unor societăţi chinuite de pierderea identităţilor sub tăvălugul nivelator al ideologiei anihilatoare a nevoilor de exprimare personale, a valorilor intrinseci şi unice ale individului. A apărut o imagine de marasm cultural care pune serios în discuţie calitatea parentală şi educaţională, mai ales în comentariile asupra României şi instituţiilor sale destinate copiilor mici. Reacţiile interne şi internaţionale au luat dimensiuni felurite, expresii şi materializări care, prin feed-back, au determinat efecte mai mult sau mai puţin benefice asupra situaţiei copilului dezavantajat şi a părinţilor săi. Pentru că în cazul micii copilării, ca şi în cazul contextului general al sănătăţii mintale, nu putem considera individul singular, ci doar în mediul său familial şi socio-cultural, ne permitem o trecere în revistă a unor dimensiuni de abordare posibilă comunitară, ţinând cont de cunoştinţele acumulate în domeniul intervenţiilor în mica copilărie, atât în lume, cât şi în contextul cultural căruia îi aparţinem.

O analiză multidimensională a programelor de intervenţie în mica copilărie, trebuie să aducă în discuţie atât grupurile ţintă cărora se adresează, cât şi problemele metodologice şi de etică în contextul actual, existând un consens privind necesitatea unor abordări pe baze ştiinţifice clare, având în vedere marea senzitivitate la rezultatele şi impactul acestora în problematica familiei româneşti.

În literatură se specifică faptul că intervenţiile trebuie să fie orientate către familie şi sistemele sociale care generează stresul familiei, cât şi asupra suportului social, asigurându-i funcţionarea.

Astfel, studii ample asupra „Situaţiei copilului mic din România" s-ar transforma, aşa cum s-a mai întâmplat, în „Situaţia instituţiilor şi nevoilor acestora de schimbare". Acesta

constituie doar o parte a sistemului presupus a oferi un suport la nivel societal, care întotdeauna va rămâne supus unui sistem legislativ dificil de menținut, în condițiile unor schmbări politice hazardate, în perioada marcată de fluctuația tranzițiilor valorice.

N-am orientat asupra programelor de reducere a pauperității, (care agravează simptomele acestei tranziții)care absolut necesar includ situația specială a copilului mic (cel mai vulnerabil dar cel mai puțin luat în considerare în nevoile sale de bază)însă cel mai mult vehiculat de limbajul politic internațional fiind uneori considerat marker al schimbărilor de percepție asupra țării noastre deci teren de manevre tactico-strategice ,cu consecințe pe termen lung greu de anticipat.Procesul s-a dovedit dificil de orientat chiar în situații mai stabile.

Începând cu 1960, incluzând războiul împotriva sărăciei, climatul social şi politic în Statele Unite ale Americii a dat naştere programului Head Start care se concentra asupra educației, ca fiind identificată drept cheia îmbunătățirii circumstanțelor de viață ale copilului mic. (Ziegler & Berman, 1983).

Importanța vârstelor mici pentru dezvoltarea pozitivă a copilului a condus la noi alianțe: părinți, profesioniști, oameni ai legii, comunitatea în care trăia copilul. Toate acestea au fost centrate de convingerea că acei copii care își încep viața într-o situație dezavantajată, pot fi ajutați; că dezvoltarea este maleabilă; şi că societatea trebuie să ofere asistență părinților care au copii cu disabilități şi vulnerabili din punct de vedere al dezvoltării, spre a-i ajuta pe aceştia să-şi atingă potențialul maxim ulterior.

Cercetările în psihologie au început să delimiteze capacitățile necunoscute până atunci ale sugarului şi copilului mic (Shonkoff & Meisels, 1990), dar acestea subestimau uneori importanța stimulării precoce pentru creşterea în domeniul cognitiv şi care pregătesc calea pentru programele de interacțiune ce ameliorează disabilitățile de dezvoltare în timpul micii copilării.

Hunt (1961) sublinia importanța acordajului experiențelor copilului cu nivelul său intelectual, iar Bloom (1964) sugera prin cercetările sale că, în mod proporțional, cu cât dezvoltarea survine mai precoce în viață în perioadele de creştere rapidă, cu atât creşte importanța intervenției, introducând noțiunea de „perioadă critică" în dezvoltarea umană.

Urmărind copiii instituționalizați pentru întârziere mintală, Skeels (1966) a oferit o demonstrație elocventă asupra efectelor mediului înconjurător asupra dezvoltării. Nu este cazul să comentăm aici mai mult asupra efectelor constatate în instituțiile de acest tip în România anilor '90 şi efectelor acestor imagini în societatea românească.

Aceste linii separate de cercetare oferă un suport convergent pentru ideea îmbunătățirii precoce a mediului în care trăiesc acești copii, pentru a le îmbunătăți starea de sănătate și a preveni instalarea unor sechele definitive cu rezonanță uneori psihopatologică de severitate .

Multe programe de intervenție pentru persoane cu disabilități au fost modelate după programe concepute pentru grupe dezavantajate iar Romania a fost terenul tuturor încercărilor,din care trebuie selectat in favoarea copilului tot ce ar putea corespunde specificului local,spre a spera la viabilitate și fezabilitate .

Problematica drepturilor omului și ratificarea de către România în 1990 a „Convenției ONU cu privire la drepturile copilului" au creat condiții de dezbatere a problemelor și programelor derulate la început sub valul ajutoarelor materiale de tip umanitar. Acestea au făcut loc unor atitudini controversate și discutabile pentru imaginea de sine a copilului, părinților, profesioniștilor, a României în general.

Schimbările în atitudinile politice și forțele care acționează în câmpul tranziției, activitatea legislativă a ultimilor 12 ani, cât și rezultatele unor cercetări internaționale la care accesibilitatea a crescut, converg spre crearea unor premise științifice pentru programe adresate persoanelor cu disabilități și/sau vulnerabile din punct de vedere al dezvoltării.

Programe de intervenție în context socio- cultural

In perspectiva de abordare a ultimului deceniu, fătul, nou-născutul și copilul mic e privit cu respect ca persoană, într-un context familial. Winnicott lansase ideea "că un sugar singur, așa ceva nu poate exista", el poate fii conceput doar în compania unui adult și trebuie privit în contextul familial și cultural căruia îi aparține.

Trecem aici în revistă tipuri de programe care se adresează promovării sănătății mintale și dezvoltării copilului în perioada micii copilării, în ultimii 20-30 de ani, pentru a ilustra necesitatea abordărilor pe baze științifice,în orice intervenție în acest domeniu. Este suficient să spunem că Institutul pentru Cercetarea Intervenției Precoce a Universității Utah, așa cum arată Castro și Mastropieri (1986), identificase mai mult de 450 de studii asupra programelor de intervenție adresate copilului de la naștere la 5 ani.

O literatură specifică s-a născut și a fost dedicată re-analizării și meta-analizei rezultatelor studiilor de acest tip în anii '80-'90 (Bryant & Ramsey, 1987; Castro & Mastropieri, 1986; Dunst & Dunst, 1986; Farran, 1990; Ottenbacher & Petersen, 1985; Shonkoff & Hauser-Cram, 1985), încercând să răspundă întrebării „Este intervenția precoce eficientă?"

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Oricum, programele de intervenţie fiind heterogene, nu există un singur răspuns, deci trebuie să reformulăm: „Intervenţiile precoce pentru aceşti copii, în aceste familii, având aceste condiţii de mediu ambiental, utilizând aceste componente ale programului, au eficienţă?"

Intervenţia precoce este un fenomen cu multiple faţete şi studiile asupra eficienţei trebuie să fie multidimensionale, recunoscând inerenta diversitate de-a lungul perioadelor de dezvoltare.

Analizele convenţionale erau la început multidimensionale, caracterizând programul în termenii locului intervenţiei: la domiciliu, într-un centru, în spital sau combinaţia acestora. Un alt tip se focaliza pe populaţia ţintă: copil, părinte sau familie.

Chiar acestea, privite în acelaşi tip de local, diferă esenţial în funcţie de scopul intervenţiei şi strategiile adoptate pentru intervenţie (cum şi ce îl înveţi pe copil, diferă de ce îl înveţi pe părinte sau dacă răspunzi nevoilor unuia, ale celuilalt sau nevoilor comune).

Există şi o abordare bidimensională pentru evaluarea programelor care recunosc preocuparea primară pentru părinte (care poate fi caracterizată de la scăzută la foarte importantă) şi abordarea în primul rând a copilului, cu diferite grade de interesare a acestuia.

Atunci când părintele este utilizat ca educator şi mediator între persoana de intervenţie şi copil, rolul părintelui creşte enorm.

Schimbările se petrec în atitudinea părintelui şi în comportamentul direct cu copilul, indirect acestea influenţează copilul prin îmbunătăţirea încrederii parentale, scăderea stresului sau creşterea suportului social.

Părintele învaţă cum să descifreze problemele şi emoţiile copilului şi să ofere o intervenţie responsabilă adecvată nevoilor acestuia, îmbunătăţind stilul interacţional pentru a ajuta copilul să depăşească problemele viitoare şi stăpânirea acestora.

Odată cu emergenţa psihopatologiei developmentale, a existat concomitent o creştere a numărului de teorii şi cercetări în domeniul diferenţelor individuale în modalităţilor de adaptare şi dezadaptare în mica copilărie, la vârsta de preşcolar, şcolar mic şi adolescent.

Rolul culturii, mediului ambiental suportiv (nature, nurture & culture) în complexitatea intersectărilor acestor dimensiuni, dau forma diferitelor rezultante ale dezvoltării şi sunt investigate acum în moduri diferite.

Factorii de risc şi protectivi care influenţează sănătatea mentală şi fizică sunt de asemenea evidenţiaţi.

BCU "CAROL I" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

O arie importantă vizează consecinţele vieţii copiilor alături de adulţi, persoane de îngrijire (părinţi biologici, adoptivi, bunici sau aparţinători, familii de plasament, personal din instituţii specializate) care au probleme emoţionale, comportamentale sau psihiatrice.

Cunoaşterea modalităţilor în care copiii fac faţă (coping), se adaptează, evită sau depăşesc problemele părinţilor , a devenit din ce în ce mai elaborată şi are deja o tradiţie înfloritoare în domeniul cercetării.

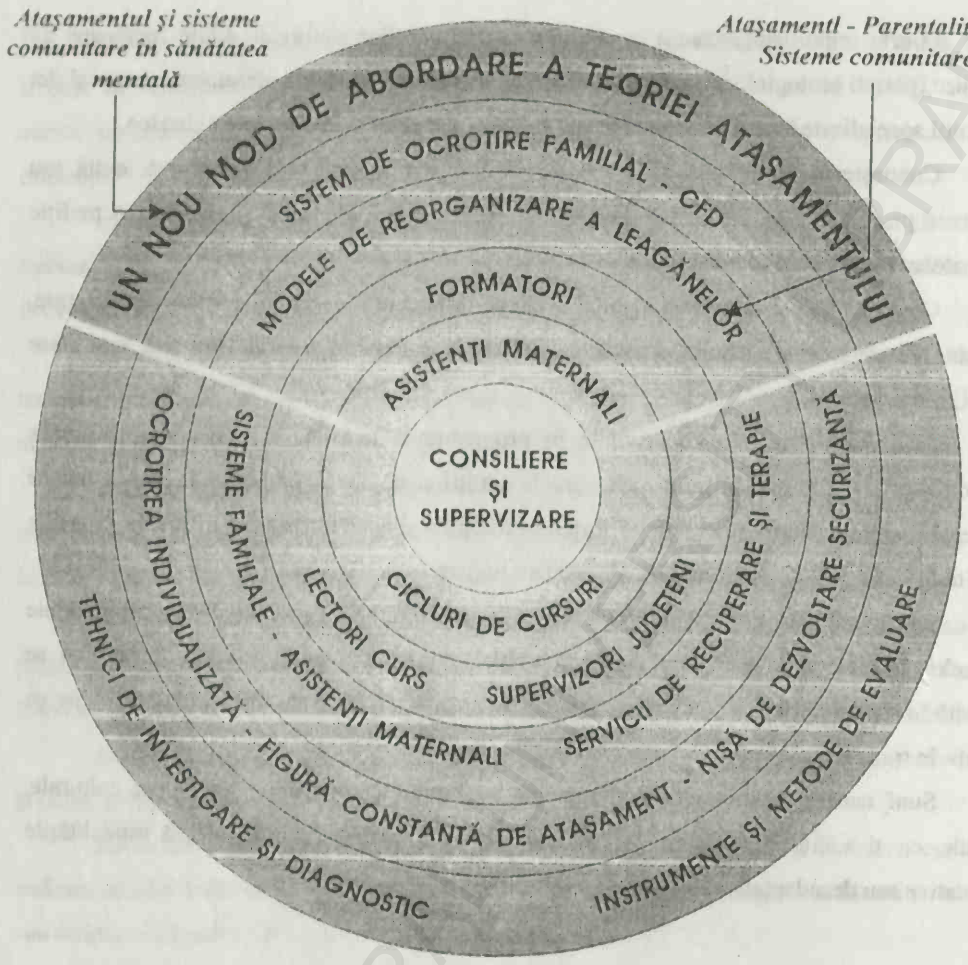
Continuitatea şi schimbarea pot fi evaluate la fiecare nivel al procesului de cercetare. Acesta include teoria, designul, metodele, analiza, interpretarea şi modul în care sunt alese loturile cercetate.

Revizuind aspectele conceptuale în progresiunea teoriilor şi cunoştinţelor despre etiologia psihopatologiei ajustării, adaptării la adulţii şi copiii cu probleme afective, noi ne îndreptăm atenţia asupra interacţiunii forţelor biologice şi sociale care pot influenţa şi media rezultatul în timp al dezvoltării normale sau patologice.

Rolul taţilor în general şi problematica la interferenţa cu problemele emoţionale ale mamelor în situaţia în care cuplul oferă îngrijiri, rămân mai puţin studiat. Acest fapt se reflectă în mod nefericit în evidenţierea doar a aspectelor primare ale influenţelor materne ca agenţi în transmiterea şi dezvoltarea psihopatologiei.

Sunt necesare viitoare consideraţii ale multitudinii condiţiilor biologice, culturale, sociale, ca şi a diferiţilor agenţi şi contexte ale socializării care influenţează modalităţile adaptative sau dezadaptative ale dezvoltării copilului.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY



Materialul de faţă este punct de plecare al unei serii de publicaţii care să ofere noţiuni de bază necesare pentru a interveni în domeniul prevenţiei din sănătatea mentală cât şi al intervenţiei în sprijinul copilului şi a familiei sale aflate în dificultate.

La început sunt abordate teoriile şi conceptele cu implicaţii practice în domeniul dezvoltării umane.

Datorită tendinţelor şi nevoilor de formare diverse ale specialiştilor interesaţi de acest domeniu, materialul propus spre editare va fi împărţit în mai multe apariţii. Partea de faţă prezentând perspectivele teoretice clasice si moderne, oferă o abordare care încearcă să facă comprehensibile mecanismele subtile dinamice, care subîntind această problematică urmând ca în anul 2003 să fie redactată o nouă carte intitulată
"Ataşamentul - Parentalitatea - Sistemele comunitare".

CAP. I FUNDAMENTELE TEORIEI ATAŞAMENTULUI

1.1 Contextul apariţiei teoriei ataşamentului

"Pare neaşteptat faptul că teoria ataşamentului a fost formulată de un clinician pentru a o folosi în diagnosticul şi tratamentul tulburărilor emoţionale ale pacienţilor şi familiilor lor, iar utilizarea ei după aceea a promovat în principal cercetarea în domeniul psihologiei de dezvoltare. Oricum eu consider binevenite descoperirile cercetătorilor care au extins enorm înţelegerea asupra dezvoltării personalităţii şi psihoterapiei, şi prin acestea uriaşa relevanţă clinică, dar nu este mai puţin dezamăgitor faptul că testarea utilizării în practică de către clinicieni a fost atât de lentă" (Storr). Acest fapt coincide cu punctul nostru de vedere afirmat în urma experienţei clinice şi intervenţiilor în instituţii.

Raţiunile pentru care munca lui Bowlby a fost marginalizată sau ignorată de psihanalişti, de psihiatrii şi psihologi pentru aproape 30 de ani sunt complexe. Ideile lui Bowlby în anii '40-'50 erau printre cele mai radicale. Odată cu cercetările lui Stern (77, 85) Brazelton & Cramer (1990) Tronick (1989) şi evoluţia psihanalizei către o teorie interpersonală şi relaţională (Aron 1996; Mitchell 1988) ideile lui Bowlby nu mai par atât de revoluţionare, având multe în comun cu teoriile developmentale şi psihanalitice actuale.

Masa, rotundă epistolară organizată de Rene Zazzo în anii '50 la care au participat Harlow, Lorentz, Bowlby pe de o parte şi reprezentanţii citadelei psihanalitice dominată de Lebovici relevă temerea că teoria ataşamentului va pune în cumpănă teoria psihanalitică. Cunoscând aceste discuţii şi având şi experienţa clinică a întâlnirilor cu copii din leagăne, ca specialişti români ne-am pus întrebări şi le-am lansat şi colegilor din clinică în 1987 cât şi celor din ţară în 1988 referitor la posibilitatea unui alt tip de abordare a psihopatologiei de dezvoltare.

Schimbarea crucială din abordarea teoretică a lui Bowlby constă în formularea mai multor postulate legate de constatările:

a) copilul e născut cu predispoziţia de a deveni ataşat de persoana care îi oferă îngrijiri, discriminată ca privilegiată,

b) copilul îşi va organiza propriul comportament şi modul de a se gândi pe sine şi pe ceilalţi cu scopul de a menţine aceste relaţii de ataşament, care sunt cruciale pentru supravieţuirea lui fizică şi psihologică, în proximitatea persoanei sale de referinţă,

c) copilul va menţine adesea *aceste* relaţii de proximitate în caz de pericol perceput, chiar cu preţul propriei perturbări funcţionale (în cazul relaţiei nesecurizante),

d) distorsiunile în modul de a simți și gândi care-și au originea în perturbările precoce în atașament survin cel mai frecvent ca răspuns la inabilitatea părinților de a răspunde nevoilor de confort, securizare și încredere emoțională a copiilor .

Eșecul mediului este *deschis* (evident) în traumele de *abandon* sau *pierdere* sau *abuz* și mai *închis* (ascuns) în caz de *rejectare*, *neglijare* sau absența *disponibilității emoționale* parentale și conduc la distorsiuni în gândirea și perceperea acestuia. Ele constituie originea unei psihopatologii care va implica necesitatea unei intervenții psihiatrice.

În ciuda faptului că Bowlby a fost descris (Storr, 1992) ca unul dintre cei mai bine cunoscuți psihiatrii ai secolului XX teoria sa și ramificațiile sale clinice au fost catapultate în afara evidențelor psihanalitice. . . asemănător dizidenților din vremurile Staliniste" (Holmes 1995, p. 20).

Grotstein a numit expulzarea lui Bowlby drept "unul dintre cele mai rușinoase și regretabile capitole ale istoriei psihanalizei (1990, p. 62) dar o detaliere a acestor aspecte din perspectiva teoretică, istorică și politică se poate afla în descrierile lui Holmes (1993, 1995) și Karen (1997).

În orice caz din punct de vedere al posibilelor efecte ale acestei teorii asupra psihanalizei psihiatriei și psihologiei clinice, faptul că Bowlby fusese înlăturat din discursul curent pentru cel puțin 30 ani a avut consecințe nefericite nu numai din punct de vedere personal (al lui Bowlby).

În prezent, lucrările sale științifice referitoare la relația între teoria atașamentului și procesele clinice sunt în creștere și s-au extins ca funcție a dezvoltării la evaluarea atașamentului și la adult (Main, Kaplan & Cassidy 1985) iar interesul clinicienilor a crescut în mod dramatic).

În cea mai mare parte literatura actuală s-a concentrat asupra a trei domenii separate:

a) Relația între teoria atașamentului și psihanaliză (Diamond & Blatt 1994; Eagle 1995; Fonagy, Steele, Leigh, Kennedy, Matton & Target; Fonagy 1995 Osofsky 1988; 1995; Silverman 1991; Slade 1996; Zelnich & Bucholz 1990),

b) relevanța teoriei atașamentului în tratamentul sugarilor și părinților lor (Lieberman 1992; 1993; Zeanah, Mammes & Liebermann 1993),

c) aplicarea cercetărilor atașamentului în teoria și practica psihoterapiei (Biringen 1994; Byng-Hall 1991; Gunderson 1996; Hamilton 1985; 87; Holmes 1993, 1995, 1996; Mackie 1991 Rutter 1995; Sable 1983, 89, 92, 94 Sperling & Lyons 1994; West & Keller 1994 West, Sheldon & Reiffer 1989).

Coater & Wolfe 1997 au găsit o legătură între fenomenul disruptiv al ataşamentului şi sindroame clinice specifice. Ei au legat identitatea sexuală de fenomene de deraiere a ataşamentului în primii doi ani de viaţă şi au sugerat strategii specifice de tratament relativ la acest ataşament între mamă şi copil (Coates & Wolfe –in press).

Clasificarea ataşamentelor copilului şi apoi ale adultului au fost considerate în strânsă relaţiei cu diagnosticul, şi severitatea psihopatologiei (Dozier, Greenberg).

Mary Ainswort a fost fără discuţie cea răspunzătoare de impactul dramatic al teoriei ataşamentului asupra psihologiei developmentale. Cercetarea sa empirică a pavat calea studiilor asupra sechelelor relaţiilor de ataşament ale copilului cu persoanele de îngrijire (Belsky & Cassidy 1994; Cassidy, Karen 1997).

Variaţiile în calitatea responsabilităţii şi sensitivităţii figurii de ataşament în primul an de viaţă conduce la diferenţe demonstrabile în modalităţile (patternurile) de căutare a securizării şi confortului din partea copilului.

Acestea au confirmat ipoteza centrală a lui Bowlby că modalităţile de *căutare* a îngrijirii şi nurturanţei şi ale exprimării afectelor emerge în *funcţie de răspunsul mamei la copil*: În gândirea lui Ainsworth era centrală noţiunea că această responsivitate a mamei e direct legată de *modalităţile de comportament al copilului* în căutarea şi menţinerea confortului şi de aici posibilitatea de a descrie prin procedura "Strange Situation" cele trei tipuri primare de ataşament: *sigur, nesigur-evitant şi nesigur-rezistent.*

Acestea erau legate de succesul sau eşecul matern de a răspunde nevoilor copilului. Cele care reuşeau să răspundă în maniera senzitivă în primul an de viaţă reuşeau să-şi calmeze uşor copii după separare (Aceşti copii au fost clasificaţi ca având ataşament sigur).

Copii cu mame rejetante sau inconsistente în responsabilitatea lor aveau ataşamente nesigure.

În cercetările ulterioare Main & Solomon 1986, 1990) au descris şi al treilea tip de ataşament nesigur cel dezorganizat/dezorientat, legat de comportamentul specific al mamei marcat de traume şi disociere (Main & Hesse 1990).

Pentru Ainsworth şi apoi pentru generaţii de cercetători ai ataşamentului, comportamentul infantil în relaţii e predictibil şi legat în mod clar de comportamentul matern din primul an de viaţă.

B.C.U. „M. EMINESCU" IAŞI
BCU IAŞI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Capacitatea de ataşament şi dependenţa

La originea descoperirii noţiunii de ataşament au stat o serie de cercetări asupra legăturilor şi conduitelor psihopatologice şi situaţiilor de carenţă maternă sau carenţă de îngrijiri personalizate (Levy, Bender, Spitz, Bowlby).

Colaborarea interdisciplinară Bowlby-Hinde a servit studiilor sistematizate şi comparative între dezvoltarea umană şi cea animală.

Preocupat de demonstrarea existenţei permanenţei ataşamentului de-a lungul vieţii, în aceeaşi măsură cu alte funcţiuni, Bowlby nu a dezvoltat modificările acestuia în sens developmental, ci numai în sensul „internal working models".

Dacă pentru Bowlby conceptul de ataşament este esenţial descriptiv, ontogeneza acestuia ridică în mod necesar problema procesului de detaşare prin care copilul accede la autonomia fiinţei sale.

Privit în dimensiune funcţională, ataşamentul acţionează de la originile sale prin interpunere între mamă şi copil şi se modifică progresiv în formă şi structură în cursul dezvoltării sugarului.

Conform abordării lui Bowlby, unde tendinţa este de a recunoaşte identicul, imuabilul, invariabilul, „matricea" de ataşament se reproduce şi se actualizează de-a lungul vieţii prin reprezentare mentală.

Întrebarea care ni se pare esenţială ar fi în ce mod această legătură schimbă natura relaţiilor cu mama? Care sunt resorturile cognitive şi afective care vor conduce copilul de la un ataşament cvasiexclusiv faţă de un obiect, la o detaşare progresivă care face deschiderea către o pluralitate de obiecte?

Dependenţa, indiferent de aspectele clinice sub care o considerăm, este relevantă pentru perturbarea funcţiei de ataşament.

Funcţia de ataşament se modifică în cursul dezvoltării filogenetice - cu cât creştem pe scară filogenetică, cu atât devoţiunea mamei în primele luni creşte în importanţă şi profunzime, supleanţa mamei fiind extrem de elaborată, iar comportamentele de ataşament ale sugarului faţă de aceasta apar destul de tardiv.

Winnicot a descris încă din 1956, într-un articol intitulat „Preocuparea maternă primară", starea psihologică a mamei care se dezvoltă şi ea gradat în timpul sarcinii, spre a atinge sensibilitatea maximă la sfârşitul acesteia şi menţinându-se câteva săptămâni după naşterea copilului. Această afinitate, „maladie normală", le permite mamelor să se adapteze la

BCU "CAROL I" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

primele nevoi ale micuței ființe cu delicatețe și sensibilitate (De la pediatrie a la psychanalyse, Payot, 1969).

Funcția de atașament se manifestă dintr-o dată ca relație de atașament, o relație în care partenerii sunt activi. La început, din cauza prematurității biologice a sugarului, mama pare mai activă. Copilul va manifesta rapid conduite de atașament din ce în ce mai semnificative cantitativ, pe măsură ce calitativ, atașamentul mamei crește.

Un aspect esențial al problematicii dependenței în relația mamă-copil, pe care o regăsim, de altfel, în psihopatologia adultului, mai ales în anumite cazuri de dezadaptare socială, se joacă în mod precis în jurul operatorului care angajează procesul de detașare.

Alte modalități de expresie a dependenței își găsesc originea în dezordinile din cadrul sistemului de atașament: și aici trebuie luate în considerare calitatea îngrijirilor materne, experiențele de separare trăite de copil și capacitatea constituțională și dobândită de a le integra.

Funcția de atașament, înainte de a deveni o funcție psihologică, este la origine o funcție biologică, la fel ca foamea și setea.

Conform teoriei etologice, membrii oricărei specii dezvoltă instinctual modele comportamentale care să asigure adaptarea și maturarea indivizilor tineri.

Pornind de la premisa evoluționistă de bază, Bowlby propune ideea că oamenii, ca și primatele, trebuie să participe împreună într-o relație instinctuală reciprocă la atingerea maturității de către copil. Funcția primară a acestei relații este protecția copilului. Participarea copilului la această relație este ghidată de sistemul său de comportament de atașament. În viziunea lui Bowlby, comportamentul de atașament se organizează în jurul scopului de a menține proximitatea față de figura de atașament atunci când copilul e amenințat, în pericol sau stresat. Comportamentul actual al copilului se schimbă în dezvoltare, dar nu și *scopul de organizare a sistemului comportamental - de proximitate și protecție* oferite de către părinte (Main & Cassidy, 1988; Marvin, 1977; Vaughn, Egeland, Sroufe & Waters, 1979).

De exemplu, un copil mic înspăimântat se târăște sau aleargă la părinte, căutând securizare și confort prin luare în brațe. În aceleași circumstanțe, un preșcolar de 6 ani privește către părinte spre a stabili contactul vizual. Important este faptul că actualul comportament poate varia în funcție de vârstă, dar rămâne organizat în jurul aceluiași scop al căutării protecției.

În mod similar, participarea părintelui în această relație este ghidată de propriul sistem comportamental de oferire a îngrijirilor. Acest sistem de comportament parental se schimbă în funcție de dezvoltarea copilului și, probabil, în funcție de propria dezvoltare continuă (George

BCU "MIHAIL KOGĂLNICEANU" IAȘI UNIVERSITY LIBRARY

TEORII ASUPRA DEZVOLTĂRII COPILULUI ŞI ACHIZIŢIILE

Perioada de vârstă		Săptămâni				Luni				
		0-2	2	4	8	3-6	6-9	9-12	12-18	peste 18
Comportament de ataşament observat		Nu diferenţiază obiectele de oameni	Preferă vocea umană	Preferă vocea mamei	Stabileşte contact din priviri	Distinge faţa, zâmbetul social	Preferă mama	Anxietate de separaţie		
Teorii	*Autori*									
Ataşament	Ainsworth	**Stadiul I** Diferenţiază persoanele de obiecte					**Stadiul II** Diferenţiază mama	**Stadiul III** Permanenţa persoanei şi a obiectelor		**Stadiul IV**
Ataşament	Bowlby	Ataşamente nediscriminative					Ataşamente discriminative		Separare gradată de mama şi ataşamente cu alţii	
Psihanalitică	Freud	Faza orală								Faza anală
Psiho-Socială	Erickson	Încredere vs. neîncredere								Autonomie vs. ruşine, îndoială
Cognitivă	Piaget	Reflexive			Reacţii circulare primare	Dezvoltare senzorio-motorie	Reacţii circulare secundare	Coordonarea schemelor secundare	Scheme terţiare	Începutul gândirii

BCU "MIHAI EMINESCU" UNIVERSITY LIBRARY

ACHIZIŢII PE ETAPE DE VÂRSTĂ

Perioadă		Săptămâni				Luni				
		0-2	2	4	8	3-6	6-9	9-12	12-18	peste 18
Achiziţii în	Percepţie şi motricitate fină	Urmăreşte obiectul în mişcare				Atinge, se îndreaptă spre obiectul mişcător		Acţiuni cu scop, dirijate voluntar		Imitare
Achiziţii	Socio-emoţional	Se linişteşte când e luat în braţe. Concentrat când i se prezintă faţa sau vocea umană. Scurt contact din priviri, zâmbete la atingere.				Urmăreşte adultul, zâmbeşte cunoscuţilor şi în oglindă	Râde participativ la jocul "cucu'bau"	Are nevoie de a atrage atenţia anturajului.	Părăseşte jocul pentru contact cu pers. familiare	Începuturile jocului independent
Achiziţii	Cognitive	Răspunsuri învăţate. Repetă mişcări descoperite întâmplător (exersează).				Priveşte obiecte. Urmăreşte un scop	Găseşte obiecte parţial ascunse	Trage o sfoară pentru a auzi clopoţelul de la capăt	Găseşte în mod repetat obiecte ascunse	
Achiziţii în	Motricitate grosieră	Mişcări de întoarcere a capului.				Întinde braţele pentru a fi ridicat	Apucă şi mânuieşte obiectele	Primii paşi	Mersul cu baza lărgită	Urcă scările. Aleargă
Achiziţii de	Limbaj	Mişcări de răspuns la voce. Vocalize întâmplătoare				Se întoarce spre sunete. Plâns diferenţiat	Lalaţiune	Orientat la numele său	Utilizează gesturi. Execută ordine scurte	

BCU "MIHAI EMINESCU" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

& Solomon, 1993), în timp ce scopul sistemului de îngrijiri - proximitate şi protecţie a copilului, nu se schimbă (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1972; Belski, Rovine & Taylor, 1984; Egeland & Farber, 1984; Grossman, Grossman, Spangler, Suess & Unzner, 1985; Solomon, George & Ivins, 1987).

În concluzie, teoria ataşamentului evidenţiază faptul că protecţia copilului este scopul primar al dezvoltării, scop care depinde de calitatea legăturilor dintre părinte şi copilul său, în sisteme comportamentale reciproce.

1.2 Modele internalizate de reprezentare a relaţiei primare de ataşament

Pentru a rămâne organizat în jurul unui scop specific, un sistem de comportament confruntat cu schimbările complexe din procesul dezvoltării descrise mai sus, trebuie să fie ghidat la nivel reprezentaţional (1969, 1952). În mod specific, Bowlby propune conceptul de *"model internalizat de reprezentare a relaţiei de ataşament"* („internal working model"). Reprezentarea care porneşte de la abordarea cognitivă schematică a relaţiei copil-părinte, are la bază comportamentul de ataşament al adultului faţă de copil, cât şi percepţia precoce a experimentelor proprii ale copilului în acea relaţie primară specifică. Constituit pe baza experienţei trăite până la 12-18 luni în relaţia cu părintele, Bowlby sugerează că sugarul utilizează propriul model intern reprezentaţional pentru a percepe şi procesa informaţii referitoare la ataşament şi a planifica acţiunile viitoare. În etapele următoare, reprezentarea ataşamentului de către copilul mic devine fundamentul dezvoltării personalităţii sale.

Bazat pe modelele internalizate de reprezentare a ataşamentului primar specific, copilul mic, şi mai târziu preşcolarul, şcolarul, adolescentul şi adultul, dezvoltă expectanţe despre sine şi alţii ca fiind dorit sau nedorit, demn de îngrijiri şi protecţie din partea altora, disponibili sau indisponibili spre a i-o oferi (Bowlby, 1973, 1982).

Pentru perioada de preşcolar, Bowlby (1969-1982) a propus noţiunea, tradusă din limba engleză ("goal corrected partnership"), ca *"ajustare reciprocă pentru atingerea scopului stabilit în parteneriat"*. Aceasta presupune o relaţie în care copilul pune în cumpănă şi integrează flexibil nevoia sa de ataşament cu scopurile adultului de referinţă, cu care a desfăşurat în interacţiuni maternante semnificative un sistem de discriminare situaţională consistent şi congruent. Devenit activ în parteneriat, copilul stabileşte cu părintele şi acceptă compromisuri şi diferenţe între planurile prealabile ale fiecăruia din membrii percepuţi ai diadei (Marvin, 1977). Copilul se bazează acum mai mult pe reprezentările mentale ale

ataşamentului decât pe prezenţa actuală a figurii de ataşament (Crittenden & Ainsworth, 1989).

În final, *ajustarea reciprocă pentru atingerea scopului stabilit în diadă*, care debutează la vârsta de preşcolar, pregăteşte terenul pentru tipul de ataşament expectabil pe care va tinde să îl formeze de-a lungul întregii vieţi, după modelul matricei primare. La adolescent şi adult, *modelele internalizate de reprezentare ale ataşamentului primar*, vor reflecta o înţelegere crescută a motivaţiilor părintelui, sentimentelor sale, planurilor şi scopurilor de dezvoltare care au ca rezultat încrederea mutuală şi înţelegerea în relaţie, obiectivată prin comportamente adaptative reciproce expectabile .

Teoreticienii ataşamentului, mai ales Bretherton (1985), Main, Kaplan, Cassidy (1985) şi Sroufe (1986), au încercat să delimiteze constructul „internal working model". S-a ajuns în consens general la următoarele caracteristici ale acestuia:

1) derivă din experienţele cu figura primară de ataşament;

2) constau în structuri mentale, reguli sau postulate care reprezintă abstractizarea unor experimentări anterioare comune interactive şi de afect „generalized event schemas" (scheme generalizate de reprezentare a evenimentelor), „generalized memory" (amintiri cu semnificaţie generalizatoare), „scripts" (postulate cu valoare de mesaj în scris, normativ) pentru a explica structurile reprezentaţionale;

3) angajează procese defensive care influenţează modul în care individul percepe şi îşi reaminteşte experienţele sale precoce din sistemul stabilit cu adultul de referinţă (Bowlby, 1973: Main, Kaplan & Cassidy, 1985);

4) deşi devin progresiv stabile, ele pot fi schimbate spre a se acomoda/ajusta în situaţia noilor experimente decelate afectiv a avea potenţial semnificant, corect pentru subiect .

În copilărie, în anumite limite de timp, modelele internalizate de reprezentare pot fi schimbate în funcţie de experienţa nouă corectată, cu figura parentală. La vârsta adultă pot fi schimbate doar la nivel cognitiv prin reflectarea/analizarea relaţiei în sine şi atribuire corectată, în funcţie de scopul real perceput al sistemului de protecţie şi îngrijire.

1.3 Tipurile de ataşament ale copilului

Unul din cele mai importante aspecte ale teoriei ataşamentului este acela formulat de Bowlby (1969-1982) că, *dezvoltarea comportamentului de ataşament este direct legată de experienţa actuală cu părintele.*

BCU CLUJ-CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Legătura între comportamentul matern şi ataşamentul sugarului a fost susţinută de numeroase studii incluzând familiile cu risc crescut (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978; Aviezer, Van Jzendoorn, Sagi & Schengel, în press, 1996, Belski, Rovine & Taylor, 1984; Grossman, Grossman, Spangler, Svess & Unzer, 1985; Lyons-Ruth & Block, în press; Sagi, Van Jzendoorn, Aviezer, Donnel & Mayseless, 1994).

Diferenţele *calitative* în ataşament reflectă diferite modalităţi prin care copilul mic îşi organizează comportamentul, gândirea, sentimentele faţă de figura primară de ataşament. Din perspectiva a 30 de ani care au trecut de la cercetările lui Bowlby şi Ainsworth, tipurile de ataşament stabilite prin observare comportamentală în diadă, au devenit prototipale şi cu valoare prognostică. Asociem comportamentelor copiilor siguri, celor nesiguri, evitanţi/ambivalenţi şi celor nesiguri/rezistenţi cât şi celor cu manifestări complet dezorganizate semnificaţii cu valoare de decizie, binecunoscute serviciilor clinice şi de protecţie a copilului din întreaga lume.

Aceste modele de răspuns standardizate, în culturi şi societăţi diferite până în prezent, au fost mai întâi identificate în situaţii de răspuns comportamental la separarea şi reunirea cu mama într-un laborator necunoscut copilului, situaţie stresantă pentru ambii membrii ai diadei. Această paradigmă devenită celebră este cunoscută sub denumirea de „strange situation".

După reuniune, copiii *siguri* (grup B) caută contactul fizic, proximitatea cu părintele şi sunt uşor de împăcat.

Copiii *nesiguri evitanţi sau ambivalenţi* (grup A) răspund la reuniune ignorând şi evitând activ părintele.

Copiii *nesiguri rezistenţi* (grup C) caută proximitate, confort, contact fizic cu părintele, dar în nici un caz nu sunt satisfăcuţi şi/sau sunt cu dificultate împăcaţi.

Cheia înţelegerii modelelor internalizate de reprezentare este examinarea semnificaţiei şi sistemului de ataşament organizat ca rezultat al comportamentului şi raţionamentului pe care îl atribuie subiectul experimentărilor iniţiale. Copilul mic trebuie evaluat în funcţie de scopul suprem al sistemului comportamental de ataşament, *protecţia parentală.*

Evenimentele din „strange situation" (loc necunoscut, prezenţa unei persoane străine, două separări de părinte/adultul de referinţă, incluzând separarea când copilul este lăsat singur) ar trebui, conform teoriei ataşamentului, să activeze sistemul comportamental de ataşament din timpul copilăriei. După activare, „strategia ataşamentului primar" ar trebui să conducă la căutarea securizării, siguranţei şi protecţiei din partea părintelui, asemănătoare celor experimentate anterior în diadă (Main, 1989).

Copiii siguri răspund părinților lor într-o manieră adecvată predicției teoretice. S-a demonstrat că abilitatea lor de a angaja această strategie primară de căutare a proximității și a contactului sunt legate de calitatea interacțiunii cu părinții care au oferit prompt și cu succes protecție și îngrijiri adecvate la semnalele copilului (Ainsworth și colab., 1978; Belski și colab., 1984; Egeland & Farber, 1984; Grossman și colab., 1985).

Copiii nesiguri ambivalenți / evitanți sunt incapabili de a căuta protecția necondiționată, pentru că au dezvoltat strategii secundare de atașament, care îi mențin în anxietate și insecuritate față de părinți. Singurul scop în care copiii evitanți au dezvoltat strategii secundare, este acela de a minimaliza activarea sistemului comportamental de atașament. Nevoia de a minimaliza suferința care urmează separării și evitarea părintelui după reuniune este legată de experiențele anterioare care au constat în neajustarea adultului la nevoile copilului sau chiar rejecție parentală în momentele când copilul s-a simțit stresat sau amenințat. Scopul principal pentru care copiii ambivalenți au dezvoltat strategii secundare este de a crește la maxim activarea sistemului comportamental de atașament spre a atrage și mai mult atenția părintelui. Această creștere este evidențiată prin senzitivitatea înaltă la separare și situația în sine de „strange situation".

Mânia și opoziția *copiilor rezistenți* este corelată cu experimentarea unei inconsistențe, impredictibilități sau inexistențe a îngrijirilor parentale.

Cercetătorii în domeniul atașamentului au accentuat diferențele între atașamentul sigur și cel nesigur. Copiii atașați nesigur au fost portretizați în literatură drept copii cu deficite clare de adaptare, chiar pe loturi cu risc scăzut pentru patologie, apărând mai puțin abili în a se adapta la solicitările mediului decât cei atașați sigur (Sroufe, 1988). Cercetări recente sugerează că trebuie să ne îndreptăm atenția cu grijă și să ne întrebăm asupra semnificației atașamentului evitant sau ambivalent cât și a celui rezistent.

Important pare a fi faptul că acești copii și-au organizat comportamentul lor de atașament corelat cu scopul sistemului de atașament. Orientați de strategii primare sau secundare de atașament (sigur, ambivalent /evitant, rezistent), ei au dezvoltat un set coerent și organizat de „reguli" bazate pe o experiență stabilită într-un sistem care le prezice și le ghidează viitorul comportament. Bowlby (1969-1982) afirmă că atâta timp cât sistemul reprezentațional este organizat, indivizii sunt capabili să mențină relații funcționale cu ceilalți. Punctul important de marcat este că în ciuda anxietății lor, copiii evitanți sau rezistenți au fost capabili să se adapteze părinților lor, să-și selecteze, evalueze și să-și modifice comportamentul în așa fel încât să le permită înfăptuirea proximității și contactului atunci când a fost absolut necesar.

Recent, cercetătorii care au studiat loturi cu risc crescut, au identificat grupuri de copii al căror comportament de ataşament nu este *nici organizat, nici adaptativ* şi care nu par capabili să menţină o relaţie funcţională cu părintele/adultul considerat de referinţă, potrivit cu nivelul de dezvoltare globală atins. Modelul internalizat de reprezentare al acestor copii este incoerent şi haotic. Formând grupul *„D" sau dezorganizat* (Main şi Solomon, 1990) sau *„A/C"* (Crittenden, 1988), aceşti copii au un comportament ce sugerează că atunci când sistemul de ataşament este activat, ei sunt prinşi într-un conflict irezolvabil.

Părintele, care teoretic este sursa securizării şi protecţiei, apare în acelaşi timp a fi sursa pericolului, rănirii sau eşecului protecţiei (George & Main, 1979; Main & Hesse, 1990).

După reuniune, aceşti copii manifestă comportamente dezorganizate, conflictuale, pline de teamă sau demonstrează semne de deprivare (Main & Solomon, 1990).

În mica copilărie, comportamentul copilului reprezintă singura deschidere (portiţă) pe care o avem către modelele internalizate reprezentaţionale ale ataşamentului. În această perioadă nu putem examina aceste modele prin interviuri şi evaluări proiective.

Preşcolarul mare, care a achiziţionat limbajul şi jocul simbolic cu păpuşa, poate constitui un bun subiect pentru studiul acestor ipoteze.

Începând din anii 90, Solomon & George (1991), Solomon, George & De Jong (1995) au utilizat jocul cu păpuşa pentru copii de 6 ani pentru completarea unei serii de poveşti despre evenimente legate de ataşament (exemplu: copilul este rănit sau vede un monstru în momentele când trebuie să meargă la culcare).

Dată fiind importanţa separării şi reuniunii în măsurarea comportamentală a ataşamentului, în partea finală a acestei poveşti *„plecarea" şi reuniunea* au fost de interes special.

În povestea despre plecare, copilului i se cere să arate ce se întâmplă în casă când părinţii îşi părăsesc copiii peste noapte şi ei rămân cu o altă persoană; iar în cea despre reuniune, i se solicită să relateze ce se întâmplă când părinţii se întorc acasă în ziua următoare. Diferenţele poveştilor în conţinut şi procesare, aşa cum se reflectă în "excluziunea defensivă", relevă informaţii importante în ceea ce priveşte modelele internalizate de reprezentare a ataşamentului (Solomon & George, 1991, 1995).

Copiii siguri relatează istorii care reflectă activarea sistemului comportamental de ataşament. Aceste istorii includ teme legate de evenimente înfricoşătoare ca tâlhărie, incendierea casei sau faptul de a fi pierduţi în locuri periculoase şi în care adulţii de îngrijire care erau responsabili şi disponibili, fie oferă imediat protecţie, fie după reuniune rezolvă pericolul, angajându-se într-o caldă reintegrare comună, cei vinovaţi fiind „pe drept"

BCU "Alexandru Ioan Cuza" IAŞI UNIVERSITY LIBRARY

pedepsiți. Oricum temerilor „li se permite" să răbufnească și sunt în mod conștient aduse la nivel de problematizare, integrate în poveste și rezolvate.

Copiii ambivalenți sau evitanți spun povești în care nu se sugerează deschis că sistemul comportamental de atașament ar fi activat prin situație. Istoria nu amenință securitatea copilului. În povestea pe tematica separării, copilul evitant de 6 ani relatează despre comportament, cu detașare, activități obișnuite (mâncat, privit la televizor), iar reuniunea era caracterizată prin indisponibilitate psihologică, părinții reveniți privind la televizor și mergând imediat la culcare.

Copiii evitanți își reglează atașamentul la nivel reprezentațional prin procesul de *deactivare cognitivă*, un proces de apărare prin care copilul își reprimă temerile.

Povestirile sugerează că ei „imobilizează" sistemul de atașament, scanând, sortând și excluzând în mod sistematic teama, durerea și cruzimea la nivelul conștient.

Copiii ambivalenți relatează povestiri în care sunt „ocupați" sau "fericiți" în absența părinților, absență de care se lamentează, spunând că „le vor lipsi" în timpul plecărilor. În perioada absenței, frecvente relatări se referă în detaliu la curățenia în casă, pregătirea mesei sau a unei ceremonii aniversare. Reuniunea, însă, este plină de întârzieri și probleme care împiedică integrarea familială.

Rezultă după Bowlby (1980) și George (1996) că acești copii ambivalenți se folosesc de mecanisme defensive, de disconexiune, pentru a se putea despărți.

Mecanismul cognitiv al deconectării informațiilor pozitive și negative dau informației libertatea de a rămâne accesibilă raționamentului conștient. Rezultă că din teama de separare, sentimentele negative sunt conștientizate și păstrate separat, în măsura în care copilul poate să-și distragă atenția spre evenimente pozitive.

Chiar după reuniune, acești copii rămân nesiguri asupra modului în care să-și integreze teama, cruzimea, durerea, cu fericirea care aureolează evenimentul întoarcerii părinților acasă.

Important de reținut este că toate aceste istorioare ale jocului de păpuși, relatate de copiii atașați sigur, ambivalent/evitant, sunt ghidate de modele internalizate de reprezentare, organizate, care le permit adoptarea unor strategii clare, deși ultimele două categorii de copii experimentează continuu anxietatea de separare (de a fi vulnerabil și lăsat neprotejat).

Absența strategiilor de a face față (mecanismelor de coping) și a reprezentărilor organizate în scop defensiv se notează la copiii având atașament dezorganizat. Aceștia se simt fără speranță, în afara posibilităților de a controla ceva din durerea, mânia, temerile și nefericirea în care plutesc și reprezintă riscul cel mai mare din punct de vedere developmental pentru psihopatologie (Bowlby și Solomon, 1995).

BCU "ALEXANDRU IOAN CUZA" UNIVERSITY LIBRARY

Rezultatele studiilor recente (Teti & Gelfland, 1995), arată că atât educatorii cât şi părinţii percep aceşti copii cu ataşament dezorganizat ca având în mod semnificativ mai multe probleme de dezvoltare decât cei siguri, evitanţi/ambivalenţi şi cei rezistenţi care orientează spre devianţă şi tulburări de-a lungul întregii vieţi.

1.4 Tipurile de ataşament ale adultului

Evaluarea modelelor internalizate de reprezentare ale ataşamentelor primare la vârsta de adult, se poate face utilizând tot măsura reprezentaţională.

Interviul pentru ataşamentul adultului „The Adult Attachment Interview" (AAI) dezvoltat de Nancy Kaplan şi Mary Main, împreună cu Carol George, ca parte a lucrării de doctorat (1985), solicită individul să reflecteze asupra relaţiilor de ataşament precoce şi asupra experienţelor în acest sens.

Părerile părinţilor au fost comparate cu tipurile de ataşament ale copiilor lor. Analiza interviului aplicat părinţilor a arătat că experienţele din copilărie raportate au o slabă predictibilitate pentru ataşament. Acest fapt se datorează reprezentărilor mintale care nu sunt o simplă oglindire a experienţei; ele relevă strategiile individuale de procesare a informaţiei. Main a găsit că cel mai bun predictor pentru ataşamentul faţă de copil este *coerenţa, coeziunea şi credibilitatea* acestor amintiri (Main, 1990, 1984, 1985).

Adulţii autonomi îşi explorează amintirile, sentimentele şi raţionamentele într-o manieră clară, coerentă. Ei pot descrie dificultăţi cu părinţii lor, inclusiv traumele şi abandonul, dar ei îşi menţin o înţeleaptă balanţă în integrarea trecutului cu experienţele lor actuale.

În timpul interviului, discuţia este deschisă şi ei dezvoltă noi puncte de vedere în acelaşi timp. În final, ei demonstrează un sens solid al sinelui (self) şi stăpânirea relaţiilor cu lumea (Main, 1990). Ca şi copiii descrişi anterior, adulţii cu ataşament sigur integrează sentimente şi dubii legate de ataşament în mod flexibil, fiind capabili să-şi discute trecutul şi experienţele prezente, fără a se baza pe excluziunea defensivă.

Adulţii care devalorizează denigrând importanţa sau efectele experienţelor şi dificultăţilor întâlnite în cadrul sistemului de ataşament, se autodefinesc ca *detaşaţi*, puternici, independenţi şi neafectaţi de alţii („dismissing adults"). Ei tind să-şi idealizeze copilăria, descriind-o ca sigură, minunată, dar imaginile evocate nu constituie suportul pentru protecţie şi îngrijire care, de fapt, reprezintă portretul actual al persoanei în cauză. Aceşti adulţi pun accent în evocare mai mult pe obiecte şi activităţi, decât pe descrierea relaţiilor. Ei sunt

BCU IAŞI - CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

succinți sau își amintesc cu dificultate temeri, situații disperate sau de mânie și brutalitate (Main, 1985, 1990). Totuși, apare evident la cei ce au fost copii de tip evitant, că modelul internalizat de reprezentare al *„detractorilor adulți"* este organizat special pentru a dezactiva atașamentul.

Cei ambivalenți („enmeshed adults"), ca adulți, se mențin *preocupați* de relații, sunt angajați în dificultățile familiei, ale experiențelor copilăriei și adesea sunt furioși când se dovedesc incapabili de a trece prin aceste experiențe din trecut. Le lipsește simțul puternic de sine și sunt contrariați de inabilitatea lor de a atinge expectanțele lor parentale. Ca și copiii ambivalenți, ei deconectează emoția de experiența sistemului lor de atașament. Această disconexiune la nivel reprezentațional îi confuzează și îi fac incapabili să descrie coerent și integrat tabloul experienței legate de atașament.

Adulții având un atașament *dezorganizat* la nivel cognitiv („unresolved adults"), au suferit în copilărie traume. Main și Goldwyn (1991) definesc trauma în relație cu pierderea adultului de referință sau abuzul fizic, după DSM IV, iar Carol George a putut extinde domeniul, la abuz sexual cu molestare, viol, alcoolism parental.

Amintirile acestor adulți exprimă neîncrederea, neobișnuita atenție acordată detaliilor, confuzia legată de propriile experiențe. În anumite instanțe, sunt aproape irațional, crezând că ei înșiși au produs trauma. În alte circumstanțe continuă să fie depășiți de aceste experiențe. În esență, acești indivizi nu și-au completat *procesul de doliu* și devine evident faptul că odată ajunși adulți, cu modele internalizate de reprezentare nerezolvate, ei sunt *dezorganizați* și nemodulați în reacții.

1.5 Modele psiho–neuro-biologice implicate în structurarea reprezentărilor cerebrale

Cercetările în domeniul micii copilării de la sfârșitul secolului XX așa cum afirma Alain Schore, de la universitatea din Los Angeles s-au focalizat asupra dezvoltării socio-emoționale a sugarului, a interacțiunilor acestuia cu persoana de îngrijire și referință, asupra influențelor social-culturale în dezvoltarea copilului mic și a familiei acestuia, cât și asupra condițiilor care plasează copiii și / sau familiile în dificultate și în categoria de risc pentru o dezvoltare optimă.

La începutul secolului XXI neuro-biologia se servește de modele psiho-neuro-biologice detaliate și integrate pentru a putea înțelege dezvoltarea umană normală și anormală.

Încorporarea acestor informaţii în modele psihologice developmentale poate demonstra legături apropiate între dezvoltarea optimă a creierului şi sănătatea mintală a sugarului sau alterările cerebrale în context maladaptativ.

Un concept clinic împărtăşit de interdisciplinaritatea clinică este acela de reglare biologică şi psihologică care se aplică modelelor de structurare normală/anormală funcţională.

În ştiinţele neurologice, Damasio de exemplu susţine că emoţiile sunt expresia directă de ordinul cel mai înalt al bioreglării complexe a organismelor (1998) şi că reprezentările primordiale ale stărilor corporale reprezintă piatra de temelie I scheletul dezvoltării ulterioare. Brothers afirmă că emoţiile intervin în contextul unor sisteme evoluate pentru reglare mutuală a comportamentului adesea angajând schimbări corporale care acţionează drept semnale (1997, p. 123).

Emoţiile şi reglarea lor devin, prin aceasta esenţiale pentru funcţia adaptivă a creierului, descrisă de Damasio : „Funcţia superioară a creierului include o bună informare asupra a ceea ce se întâmplă în restul corpului, corpul propriu-zis; despre ce se întâmplă în sine însuşi (creier) despre mediul ambiental , deci şi despre acomodările necesare care pot fi realizate între organism şi mediu (1994, p. 90).Schore a descris ontogenia precoce a acestor funcţii adaptive cerebrale şi a argumentat faptul că există evenimente esenţiale pentru emergenţa sistemelor reglatorii care controlează de asemenea funcţii care survin în creşterea rapidă, specifică. Stadiile incipiente ale dezvoltării în primii trei ani reprezintă o perioadă precoce de maturizare a creierului drept care e dominant în aceşti ani de început ai vieţii umane (Chiron, Nabbout, Lounes, Syrota & Dulac, 1997, Schore 1994).

Creierul drept este angajat nu numai în procesarea informaţiei socio – emoţionale, facilitarea funcţiilor de ataşament şi reglarea corporală şi afectivă a stărilor (Schore, 1994, 1998) dar de asemenea în controlul funcţiilor vitale, care permit supravieţuirea, abilitarea organismului de a face faţă activ şi paşi la stres (coping Schweiger, 1993)

Maturizarea acestor capacităţi ale creierului drept depind de experimentare, iar aceasta este engramată în relaţia de ataşament dintre sugar şi figura constantă de ataşament (persoană primară de referinţă – Schore, 1994, 1996, 2000).Este important de subliniat că această experienţă, indiferent dacă este negativă sau pozitivă, influenţează maturizarea structurilor cerebrale şi ca atare, dezvoltarea psihologică a copilului. Acest model developmental psiho-neuro-biologic sugerează clar legăturile directe între ataşamentul sigur – dezvoltarea creierului drept cu funcţii eficiente şi adaptive pentru sănătatea mintală, cât şi referitor la ataşamentul traumatic – regalarea funcţională ineficientă din creierul drept şi stare mentală maladaptativă a sugarului.

BCU IAŞI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Pentru a genera modele aplicative asupra modului în care factorii onto - genetici predispun indivizii cu risc crescut la psihopatologie tardivă sau sunt predictivi pentru modalităţi de ajustare individuală şi adaptare trebuie să investigăm dezvoltarea precoce şi sistemele individuale de a face faţă (coping – Cichetti, 1994).

Acesta ne permite într-o abordare interdisciplinară, evaluarea mecanismelor puse în joc pentru menţinerea sănătăţii mintale, de-a lungul ciclurilor vieţii. Un principiu esenţial al psihopatologiei developmentale este acela că dezvoltarea atipică poate fi înţeleasă în contextul dezvoltării tipice, şi astfel concentrarea asupra mecanismelor care o subîntind este comună. Aceste modele sugerează că orice înţelegere globală asupra dezvoltării precoce trebuie să integreze ambele: biologicul şi psihologicul şi să încorporeze atât adaptivul şi maladaptativul în sănătatea mintală a copilului. Aceasta presupune că sănătatea mintală nu poate fi definită ca un construct psihologic şi trebuie caracterizată precis drept psiho-biologic.

Prin aceasta trebuie să subliniem efectele stresului generat de figura primară de ataşament (persoana de îngrijire şi referinţă) şi de de interacţiunile psiho - biologice destabilizatoare (de reglare) asupra sistemelor de coping aflate în maturizare ale sugarului.

Din punct de vedere biologic, acestea se proiectează în circuite limbice aflate în dezvoltare şi în emisferul drept, aflat şi el în dezvoltare. „Îngrijirea maternă în primul an de viaţă serveşte spre a programa comportamental răspunsul la stres de mai târziu."

Neurobiologia ataşamentelor nesigure

Transformarea interacţiunilor părinte-copil în temperament şi personalitate se realizează prin intermediul construcţiilor sistemului orbito frontal. Natura reglărilor din acest sistem e reflectată în *comportamentele* precoce de ataşament. Ataşamentele sigure constau în echilibrul circuitelor simpatice şi parasimpatice care au ca rezultat o reglare afectivă optimă. Un dezechilibru între aceste circuite reglatorii are ca rezultat ceea ce s-a descris ca ataşamente nesigure. Dominanţa parasimpatică are ca rezultat un stil *nesigur-evitant* în timp ce dominanţa simpatică are ca rezultat ataşamentul *nesigur-rezistent*.

Acest nucleu de interacţiuni afective interferează pozitiv sau negativ procesarea informaţiilor şi influenţează modelul intern al imaginii de sine şi asupra altora.

ATAŞAMENT NESIGUR-EVITANT DEZANGAJAT-INDIFERENT	ATAŞAMENT REZISTENT NESIGUR PREOCUPAT
I. PĂRINTE - FIGURA DE ATAŞAMENT	
Emoţional inaccesibil - Retragere / evitare nivel scăzut de exprimare a afectelor - Blocarea căutării proximităţii de către copil - Expresie obişnuită de tristeţe, mânie, iritabilitate	*Prezent fizic dar inconştient sau nedisponibil emoţional* - Stimulare afectivă supradozată, inconstantă - Imatură sau cu slab control al impulsurilor - Ignoră şi nu respectă gânguritul copilului - Mult mai interesată de propriile nevoi emoţionale
II. INTERACŢIUNEA MAMĂ - COPIL	
- Descreştere a aversiunii gânguritului mutual - Dezorganizarea imputului vizual-afectiv - Independenţă defensivă (nepregătit pt.) - Reprimarea mâniei din nevoie în ataşament - Nereglarea afectelor în copil (disruptiv)	- Nefericire, mânie, descărcare la separare - Mama incapabilă să netezească reacţiile copilului la "reuniune". - Mânie crescută la reîntâlnire - Mama înspăimântată şi/sau "paralelă" faţă de reacţiile copilului, fragmentată - Strategii care "dau greutate" hiperactivează legătura din partea copilului
III. DEZVOLTAREA NEUROBIOLOGICĂ	
Dominanţa parasimpatică atunci când e singur -Inervare tegmento-laterală crescută -Descreşterea inervării ventro-tegmentale -Tendinţa de a răspunde la prag maxim la nivele minime de stres. - Nereglat, hipersimpatic şi hiperparasimpatic când e în prezenţa mamei	*Dominanţă simpatică* - Creşterea nivelelor de Dopamină la nivel Mezolimbic - Scăderea dezvoltării tegmento laterale - Descreşterea căilor inhibitorii către nucleul ventromedian - Nereglat sau subreglat în stimularea simpatică.
TEMPERAMENT ŞI PERSONALITATE ÎN DEZVOLTARE	
"Îndepărtate de lume" - Conservarea nereglată (fugă, retragere) - Scăderea ritmului şi activităţii cardiace - Creşterea sentimentului de neajutorare - Stimulări minore care declanşează răspunsuri socio-emoţionale - Descreşterea modulării în stări de alertă - Descreşterea toleranţei afective - Dependenţă emoţională - Eşec în dezvoltarea funcţionării autonome - Incapabil să caute suport emoţional	*"Pornit contra lumii"* - Mânie şi nefericire nereglate - Ostil sau maladiv de "temperat" - Abilitate săracă de a-şi reveni după experienţe stresante - Histrionic - Impulsiv - Plin de resentimente - "Copil exploziv" - Temeri de abandon

Ca răspuns la un mediu de îngrijiri substimulat se înregistrează o scădere a căilor excitatorii şi se stabileşte un echilibru în dezvoltarea căilor neuronale către cortexul frontal. Sensul este în creştere dinspre nivelele inferioare expansive către cele superioare represive.

Balanţa autonomă înclină spre partea parasimpatică (inhibitorie) ca dominantă. Această cale se manifestă la sugarul care temperamental poate să nu exprime foarte pozitiv

sau negativ afectul (un sugar mai mult pasiv, depresiv latergic) şi interferează în direcţia dezvoltării unei patologii care se internalizează. Aceşti sugari au înclinaţia de a facilita prin răspunsurile lor o calitate a ataşamentului faţă de persoana de îngrijire definit ca "nesigur evitant".

De partea cealaltă, o mamă suprastimulantă sau un mediu precoce perceput ca impredictibil, traumatic, care asaltează violent copilul se caracterizează drept stresant şi supraîncărcat faţă de sugar. SCHORE susţine existenţa conexiunilor neurologice cu dezvoltarea cortexului frontal în direcţia:

1. Parcelării sau (pierderii selective de conexiuni) parasimpatice (inhibitorii) ale inervaţiei nonadrenargice în cortexul frontal.

2. O expunere a inervării simpatice (excitării) dopaminergice în cortexul frontal.

Cu alte cuvinte ca răspuns la un mediu de îngrijiri suprastimulant, căile excitatorii cresc iar cele inhibitori scad şi echilibrul în dezvoltarea căilor către cortexul frontal se face în direcţia expansiunii centrilor superiori şi reprimării celor inferiori. Echilibrul autonom e de partea dominanţei simpatice (excitatorii). Această deviere se manifestă la copilul care dezvoltă un stil impulsiv, necontrolat şi afectează în direcţia perturbărilor sub-reglării.

Aceşti sugari sunt înclinaţi să dezvolte o calitate a ataşamentului faţă de persoana primară de îngrijiri şi sunt definiţi ca "nesiguri - rezistenţi".

În cartea lui Allan Schore "Reglarea afectelor şi originea *selfului*: *"Neurobiologia dezvoltării emoţionale"* (1994) ca şi în lucrările publicate în jurnalul Asocaţiei mondiale de sănătate mentală a sugarului ,din anul 2000 se consideră că lobul frontal mediază aspectele executive şi funcţiile reglatorii ale self – ului controlând astfel:

1. Starea de conştiinţă. Atenţia şi concentrarea
2. Acţiunile cu scop. Începerea, oprirea şi susţinerea activităţii
3. Rezolvarea problemelor complexe
    a) Planificarea şi anticiparea
    b) Secvenţierea
    c) Procesarea mentală
    d) Schimbarea poziţionării în timpul operării cu concepte
    e) Calitatea controlului. Monitorizarea şi filtrarea manifestării self - ului
4. Conceptualizarea. Capacitatea de abstracţie
5. Aptitudini organizaţionale
6. Reglarea afectelor
7. Coordonarea motricităţii fine.

BCU "ASCENTRU" UNIVERSITY LIBRARY

8. Conştiinţa de sine, reflectivitatea asupra sinelui

9. Limbajul interior înnăscut.

1. Starea de alertă.

Reglarea atenţiei/concentrare.

Tulburările în funcţiile amintite pot fi manifestate printr-un grad înalt de distractibilitate, copiii care nu pot participa la acţiuni devin într- un fel visători-plutitori greu de acroşat.

2. Acţiunea cu scop

Reglarea activităţii fizice şi verbale; capacitatea de a iniţia, opri şi susţine o activitate după dorinţă.

3. Rezolvarea problemelor complexe

a) *A planifica şi a anticipa.* Atingerea acestei funcţii creează o calitate de a trăi în lume care cognitiv şi dinamic înseamnă „a te arunca cu capul înainte" fără aputa anticipa consecinţele sau finalul. Afectarea abilităţii de a planifica şi anticipa interferează ajustarea şi înseamnă "a trăi pe moment", prin încercare şi eroare,care se opune capacităţii de a face o strategie; copilul impulsiv e caracterizat prin faptul că "trăieşte intens clipa"fără a anticipa riscul.

b) *Procesarea nu e simultană este secvenţială* (în special secvenţierea vizuală). Gândirea secvenţială angajează etape (paşi) ca parte integrantă a procesului. Logica, cauză-efect, testarea ipotezelor şi construirea altora sunt de natură secvenţială. Ştiinţele exacte (matematica) se bazează pe procese secvenţiale. Procesarea simultană presupune o cuprindere imediată a problemei, "luarea deciziilor e rapidă"Exemplul jocului de şah e ilustrativ pentru procesarea secvenţială.

c) *Procesarea mentală* (cugetarea). Menţinerea unei informaţii în minte şi prelucrarea acesteia. Jocul cu ideile, lucrul asupra problemelor la nivel mental.

d) *Schimabarea poziţionării* - înseamnă a avea perspectiva şi a încerca abordarea din noi unghiuri,capacitatea de a-şi schimba poziţia anterioară în faţa argumentelor. Flexibilitatea în rezolvarea problemelor prin încercarea diverselor abordări. Afectarea capacitaţii de a schimba atitudinea poate fi manifestată prin stilul de a rămâne blocat în gândire sau în rezolvarea unei probleme.

e) *Calitatea controlului, filtrarea exteriorului şi monitorizarea pe sine însuşi*

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

A găsi nivelul adecvat de abstractizare. A pune lucrurile la punct,a le ordona opus procesului de supraînglobare. Calitatea controlului e vitală în rezolvarea eficientă a problemelor, în filtrarea esenţialului şi sortarea faţă de secundar în informare.

4. Conceptualizarea

Superpozarea şi concluzionarea din concret spre abstract. Cel mai înalt nivel de gândire.

5. Capacităţile organizatorice

A asambla coerent ideile, limbajul, producţii, activităţi, informaţie. Nivelele de bază ale procesării informaţiilor trebuie să fie intacte la acest nivel care angajează integrarea noului într-un întreg coerent.

6. Reglarea afectelor

Reglarea internă a stării emoţionale. Afectarea capacităţii de abordare şi soluţionare a afectelor se poate manifesta emoţional fie prin "rupturi emoţionale" fie prin hiporeactivitate stil plat, insensibil.

7. Coordonarea motorie fină

Reglarea şi acordajul mişcărilor fine motorii.

8. Conştiinţa de sine, autoreflectarea şi conştiinţa

Abilitatea de a-ţi da seama de tine însuţi în relaţia ta cu mediul înconjurător. Abilitatea de a reflecta asupra oricărui proces în sine. A fi conştient reflectând asupra ta.

9. Limbajul înnăscut

Verbalizarea internă a acţiunilor. Reglarea verbală a răspunsurilor motorii.

„Conexiunile umane creează conexiuni neuronale, din care emerge spiritul" – Siegel, 1999.

Este vorba despre maniera în care experienţele interpersonale structurează mintea umană direcţionată genetic. Cercetările din domeniul ataşamentului asupra intervenţiilor colaborative interpersonale demonstrează că acestea (şi nu o excesivă stimulare senzorială) pot fi considerate cheia unei dezvoltări sănătoase. Dezvoltarea nu se referă la cantitatea excesivă a sinapselor cerebrale, ci la creearea unor circuite specifice.

Regiunea orbito-frontală, care e zona centrală pentru procesele de reglare a emoţiilor, empatie şi memorare autobiografică pot să aibă o dezvoltare care să fie influenţată de experienţa care depinde de natura comunicării interpersonale în periodele timpurii ale vieţii. Interacţiunile cu „cei mai în vârstă" (cu figurile noastre de ataşament) sunt esenţiale în acest

BCU "ION CREANGĂ" UNIVERSITY LIBRARY

timp pentru a crea comunicarea contingentă-colaborativă necesară pentru o dezvoltare emoțională și socială corectă a copilului.

Nu se pune doar problema „îmbogățirii excesive" a mediului sau stimulării excesive necesare, ci asupra acordajului afectiv între adult și copil.

Aceste căi colaborative de comunicare în acordaj sunt instrument prin care persoana de îngrijire ca „figură de atașament" poate regla stările negative și pozitive ale copilului. Aceste interacțiuni emoțional-reglatoare sunt cerințele pentru o maturare, influențată experiențial, a dezvoltării creierului social.

Abordarea interdisciplinară, care se focalizează asupra experiențelor din cadrul sistemului de atașament și efectelor acestora asupra structurilor reglatorii și funcțiilor acestora pot să ofere modele comprehensive asupra unei dezvoltări normale. Această concepție derivă din liniile de bază ale teoriei atașamentului: John Bowlby (1969) afirmă că procesele developmentale pot fi cel mai bine înțelese ca produs al interacțiunii între zestrea genetică unică și un mediu de viață particular.

Integrând deci datele biografice cu conceptele psihanalitice de dezvoltare, el a propus formula „mediul adaptabilității" („environment of adaptativness") care are consecințe „vitale pentru supraviețuirea speciilor" și că „relațiile de atașament influențează direct capacitatea copilului de a face față stresului (coping)" prin impactul pe care îl are cu maturarea „sistemelor de control" din creierul copilului, care reglează funcțiile de atașament. Încă de la început, Bowlby a afirmat că a înțelege în profunzime dezvoltarea normală în toată complexitatea ei presupune integrarea psihologiei developmentale, psihanalizei, biologiei și neuro-fiziologiei (Schore).

Maturarea sistemului orbito-frontal reglator

În „Reglarea afectelor și originea self-ului" Schore arată că cortexul orbito-prefrontal intră în perioada critică de creștere (care subântinde ultimul trimestru al primului an, până la mijlocul celui de-al doilea an) într-un interval care corespunde cu începuturile socializării umane.

Perioada critică a conducerii de la sistemul limbic la cel orbito-frontal se maturează și mediază ceea ce Stern (1985) a denumit în termeni de reușită a dezvoltării ca „self subiectiv".

Această structură reprezintă vârful ierarhic al sistemului limbic. Brothers (995, 1979) descrie circuitul limbic al cortexului orbito-frontal, girusul anterior cingulat, amigdala și lobul temporal ca pe un „editor specializat pentru procesarea interacțiunilor sociale ale celorlalți, luând cunoștință de gesturile și expresiile semnificative" (Brothers, 1997, p.27) și

„încurajează restul creierului să raporteze trăsături de acest fel din mediul înconjurător social".

Acest editor acționează ca sistem unitar „specializat spre a răspunde la semnalele sociale de toate felurile, un sistem care se va constitui până la urmă ca reprezentare a stării de spirit (mind).

Mesulam atrage atenția că ariile prefrontale angajate în modularea emoțiilor și funcțiilor de atenție ajută la creearea unei reprezentări a lumii editate într-o manieră extrem de subiectivă (1998, p. 1013). Această funcție emergentă subiectivă e rezultatul atașamentului sigur.

Cavada și Schatz, în 2000, în „Cerebral Cortex" conchid, în articolul „Misteriosul cortex orbito-frontal" că acest „cortex orbito-frontal e angajat în mod critic în funcțiile umane legate de ajustarea socială și responsabilitate, trăsături cruciale în definirea personalității individului".

Concepțiile lui Cramer și Brazelton asupra reorganizării developmentale a sistemelor de control neurobiologic reprezintă cortexul orbito-frontal matur acționând la „cel mai înalt nivel al controlului comportamentului, în special cel aflat în relație cu emoția". (Price, Carmichael and Drevets, 1996, p. 523).

„Cortexul orbito-frontal e cunoscut a juca un rol esențial în procesarea semnalelor interpersonale necesare pentru inițierea interacțiunilor sociale între indivizi" – Schore, 1994. Cortexul, cu lobul temporal (sulcus) și amigdala formează circuitul care mediază gânguritul social (Emery, 2000). Neuronii orbito-frontali procesează specific informații vizuale și auditive asociate cu emoționalitatea expresivă a fețelor și vocilor (Scalaidhe, Wilson, Goldman-rakic 1997, Romanski, Tian, Fritz, Mishkin,Goldman-rakic 1999) dar este implicat și în integrarea superioară a informațiilor despre starea corporală (Tucker, 1992).

Sistemele care reglează biochimic toate stările cerebrale și corporale sunt localizate în grupuri discrete de neuroni dopaminergici care reglează starea de alertă din formațiunea reticulată subcorticală care manevrează o largă arie cerebrală prin proiecții difuze (Lydic, 1987).

Ariile prefrontale reglează alerta dopaminergică (Iversen, 1977) pe calea conexiunilor directe reciproce cu neuroni dopaminergici din zona ventrală tegmentală a formațiunii reticulate anterioare. De asemenea, proiectează către striatul ventral și centrul nucleului ambiguu, o structură bazală ganglionară, încărcată de neuroni dopaminergici și angajată central în comportamentele motivate (Haber, Kunishio, Mizobuchi and Lynd-Balta, 1995, Mogenson, Jones, 1980) în coordonarea non-verbală a expresiilor pozitive faciale (Morris,

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Robinson, Raphael, Hopwoodd, 1996) şi mecanismele plăcerii din recompensare şi motivaţie (Robins, Veritt, 1996).

Nucleul ambiguu drept şi aria cingulată dreaptă sunt activate în encodarea stimulilor emoţionali plăcuţi (Hamann, Ely, Graffton, Kilts, 1998).

Dezvoltarea creierului şi memoria

Circuitele de bază responsabile pentru procesarea mentală a emoţiei, memoriei, comportamentului şi relaţiilor interpersonale se formează în timpul primilor ani de viaţă (Schore, 1994, 1996, 1997). Aceste procese includ generarea şi reglarea emoţiilor, capacitatea unui "răspuns flexibil" şi a unui comportament reflectiv al stării de spirit (în acordaj cu) (Siegel, 1999) sensul autobiografic al self-ului şi construcţia „self-narativului", capacitatea de a înţelege şi avea grijă de starea de spirit a mea şi a altuia, abilitatea de a angaja comunicarea interpersonală. Cassidy şi Shaver, 1999, Toth, Cichetti, Macfie, Emdc, 1997, în studii independente au sugerat că modalităţile de interacţiune între persoana de îngrijire şi copil au un impact important în dezvoltarea acestor procese mentale. Memoria e calea prin care experienţa trecută e encodată în creier (structurează) funcţionarea prezentă şi viitoare (McCleiland, 1998, Milner, Squir şi Kandel, 1998). Pentru primul an de viaţă, sugarul are la dispoziţie o formă de memorie „implicită", care include forme de memorie emoţională, comportamentală, perceptuală şi somato-senzorială. Memoria implicită include şi generalizarea experienţelor repetate, numite „modele mentale" sau „scheme" (Johnson, Laird, 1983). Când amintirile implicite sunt activate, ne dau senzaţia că ceva a fost evocat. Ele influenţează emoţiile, comportamentul sau percepţiile în mod direct, fără să ne dăm seama de conexiunea lor cu experienţa trecută. La mijlocul celui de-al doilea an, copiii încep să dezvolte a doua formă de memorie, „explicită" (Baver, 1996). Tulving, Kapur, Craic, Moskovitch şi Hovle, în 1994, vorbesc de faptul că memoria explicită include două forme majore: factuală (semantică) şi autobiografică (episodică). Pentru ambele tipuri de memorie explicită, reamintirea e asociată cu senzaţie internă de „îmi reaminteşte de ceva acum". Pentru memoria autobiografică în dezvoltare mai târziu există de asemenea un sens al self-ului în trecut. E cunoscută „amnezia micii copilării" care a fost atribuită perioadelor de dezvoltare necesare pentru memoria explicită, şi care sunt genetic determinate (Nelson şi Carner, 19989. În mod particular, maturarea hipocampusului în lobul mediu temporal nu survine decât după împlinirea primului an de viaţă şi se consideră a fi esenţială pentru encodarea explicită. Mai târziu, partea frontală a lobului frontal al neocortexului (partea superioară a creierului), zona numită cortex prefrontal se va maturiza suficient pentru a permite începutul reamintirilor autobiografice. Deşi nu ne reamintim „explicit" ce ni s-a întâmplat ca sugar, experienţele pe

BCU IAŞI CENTRU UNIVERSITAR LIBRARY

care le-am avut cu persoana de îngrijire au avut impact puternic asupra proceselor implicite. Aceste experienţe pe care le-am avut au angajat emoţiile noastre, comportamentele şi percepţiile noastre mentale de reprezentare a lumii altora şi a noastră însine.

Memoria implicită encodează formele noastre precoce de învăţare despre lume. Memoria implicită structurează experienţele de „acum şi aici" fără a ne da seama de originea lor în evenimentele trecutului. Cercetările în ataşament, combinate cu rezultatele studiilor moderne de genetică şi neurobiologia dezvoltării sugerează că relaţiile specifice cortexului emoţional în cadrul comunicării conectate în relaţie par să ofere cea mai interesantă şi importantă lume experienţială în care spiritul se poate dezvolta.

Rezultatele cercetărilor asupra cauzelor care determină un anumit tip de ataşament arată importanţa rolului experimental al relaţiilor umane, mai degrabă decât un locus pentru ataşament şi includ următoarele concluzii :

1. Tipul de ataşament care reuşeşte să-l formeze copilul e independent corelat cu fiecare dintre părinţi şi în strânsă legătură cu tipul de ataşament al adultului de referinţă, aşa cum demonstrează rezultatele din Interviul de Ataşament al Adultului (deci poate avea două tipuri de ataşament specifice fiecăruia dintre părinţi, depinzând de trăsăturile acestuia).
2. Temperamentul copilului, care se credea că e determinat genetic, nu e predictibil pentru un anume tip de ataşament al copilului.
3. Factorii individuali cum ar fi inteligenţa, memoria , personalitatea (evaluate cu MMPI) nu au putut fi corelate cu rezultatele Interviului de Ataşament al Adultului. Studii recente arată că acesta reprezintă o măsură a experienţelor de ataşament.
4. Rezultatele interviului de ataşament la o gravidă şi soţul ei, de exemplu, pot prefigura predictibil tipul de ataşament pe care-l va manifesta copilul la 18 luni sugerând că acesta nu este o măsură a răspunsului parental la acest copil în particular ci invers.

Cercetările asupra ataşamentului au stabilit că unul din cei mai puternici factori predictivi ai ataşamentului copilului faţă de părinte ar fi coerenţa naraţiunii auto-biografice (Hesse, 1999).Coerenţa naraţiunii poate fi determinată prin aprecierea flexibilităţii şi fluenţei informaţiilor în momentul când indivizii spun povestea vieţii lor, începând cu amintirile pe care le evocă asupra experienţelor lor precoce. Instrumentul de cercetare este Interviul de Ataşament al Adultului (Hesse, 1999; Main 1995).Interviul reprezintă o trecere în revistă narativă efectuată de părinţi prin evocările experienţelor cu propriul părinte. Această povestire relevă capacitatea spiritului de a atinge Un anumit nivel de integrare şi funcţionare. Un asemenea proces poate fi numit „ auto-noesis-coerent". Această integrare pare să permită individului accederea la sensul intern al conexiunii cu trecutul, să trăiască din plin şi

BCU "ASCENTIUS" UNIVERSITY LIBRARY

semnificativ prezentul şi să se pregătească pentru viitor, informat fiind de trecutul şi de prezentul său. În această manieră auto-noesistul coerent permite curgerea fluentă a trecutului, prezentului şi viitorului. Asemenea reflecţii fluide şi flexibile asupra trecutului, prezentului şi viitorului sunt emblematice pentru naraţiunile autobiografice coerente ale adulţilor autonomi.

Studiile longitudinale asupra copiilor ataşaţi sigur arată că acesta poate conduce la achiziţii pozitive în dezvoltarea lor (Cassidy & Shaver, 1999).

Acestea include facilitarea flexibilităţii emoţionale, funcţionarea socială şi a abilităţii cognitive. Securitatea ataşamentului pregăteşte o formă de rezilienţă în faţa viitoarelor adversităţi.

Studiile sugerează că diferitele forme de ataşament nesigur pot fi asociate cu rigiditatea emoţională, dificultatea în relaţii sociale, afectarea atenţiei, dificultăţi în înţelegerea stării de spirit a celorlalţi şi comportamente riscante.

Experienţele sub-optimale de ataşament pot predispune copilul la vulnerabilitate psihologică, în parte şi prin alterarea răspunsului neuro-endocrin al creierului la stres (Liu şi Colab, 1997, Rosenblum, Caplan, Freidman, Bassof, Gorman & Andrews, 1994)

Forma de ataşament dezorganizat/dezorientat a fost asociată cu o marcată afectare în domeniile emoţionale, sociale şi cognitive. Indivizii care au această formă de ataşament de asemenea au demonstrat predispoziţie pentru episoade clinice de disociere în care capacitatea de a funcţiona în manieră organizată şi coerentă este afectată (Carlson, 1998, Liotti 1992, Main & Morgan, 1996, Ogawa, Sroufe , Weinfeld, Carlson & Egeland 1997)

Studii recente au demonstrat că tinerii care au în istoria de viaţă un ataşament dezorganizat au un risc crescut de exprimare a ostilităţilor în relaţiile cu cei de aceeaşi vârstă şi, pe măsură ce se maturizează, au un mare potenţial de violenţă interpersonală (Lyons – Ruth, Alpern, Repacholi 1993, Lyons, Ruth & Jacobwiy,1999)

Această formă de ataşament a fost propus să fie asociată cu comportamentul ameninţător al adultului faţă de copil (Main & Hesse, 1990).

1.6 Sisteme de afiliere cu scop protectiv

Sistemul parental de acordare a îngrijirilor şi ataşamentul pare a fi, după George şi Solomon (1996), un sistem comportamental distinct.

Părinţii gândesc despre copil şi interacţionează cu acesta oferindu-i protecţie şi îngrijire nu în termeni de căutare a protecţiei pentru ei înşişi. În mod normal, sistemul de îngrijiri primit în copilărie devine prin transformare, la maturitate, sistemul de ataşament

BCU "CAROL I" UNIVERSITY LIBRARY

procesat,interiorizat şi promovat după acest prototip,însă cu alt scop, schimbat,de la nevoia individului de a fi protejat, către cel de a oferi protecţie.

Descriindu-se pe sine în interviuri structurate şi/sau semistructurate şi descriindu-şi copiii sub aspectul relaţiilor lor afective, adultul percepe asemănări şi deosebiri în modalităţile în care îşi rezolvă fiecare problemele de ataşament (referitoare, de exemplu la separare).

Stilurile de procesare a informaţiei şi excluderea diferenţiată sunt diferite în funcţie de modelele reprezentaţionale ale procesului de oferire a îngrijirilor.

Conform celor stipulate de Bowlby referitor la balansul relaţiei prin ajustare reciprocă pentru atingerea scopului în parteneriat (goal corrected partnership), cea mai mare flexibilitate o dovedesc mamele copiilor descrişi ca având un ataşament sigur - ele constituie pentru copiii lor o *„baza sigură"* de unde aceştia pot începe explorarea.

Mamele se descriu pe ele însele şi pe copiii lor în mod realist, înfăţişând aspectele pozitive, potenţialele ameninţări ca disciplina, pedeapsa, siguranţa, explorarea şi separarea în contextul personalităţii lor şi al nevoilor de dezvoltare ale copilului lor. Aceste mame au imaginea clară a riscului şi au dezvoltat strategii pentru a asigura în etape securizarea copilului.

Mamele copiilor evitanţi dezactivează sistemele de îngrijiri. Supranumite „rejetante", acestea exclud din propria evaluare şi a copiilor lor aspectele pozitive, evidenţiază doar aspecte de nedorit şi neplăcute ale relaţiei, portretizându-se ca stricte, nerăbdătoare, imperative, inconfortabile în rolul matern. Copiii sunt prezentaţi cu portrete similare, dureroase, nedisponibile pentru răspuns la îngrijiri, uneori monstruoase şi greu de suportat, de nedorit.

Aceste evaluări negative ale mamelor şi ale copiilor lor sunt rezultatul minimalizării şi desconsiderării nevoilor de ataşament ale copilului, mamele menţinându-şi situaţia de neangajare în procesul de îngrijiri.

În termenii protecţiei, scopul ultim al funcţiei sistemului de îngrijiri de a forma un ataşament, a fost limitat. De exemplu, o mamă rejetantă, înspăimântată de faptul că înotând, copilul său ar putea avea un accident, descrie cum s-ar odihni în interior (casă), convinsă fiind că ar auzi dacă afară copilul ar fi în pericol.

Stilul defensiv al mamelor ambivalente a fost *disconectarea cognitivă*. Ele au fost numite „nesigure". Acestea îşi descriu „cu mănuşi" copiii, ca fiind manieraţi, oneşti, corecţi, sensibili şi altruişti, iar relaţia lor este descrisă ca plină de mulţumire, dar în timpul interviului izbucnesc brusc emoţii negative când îşi descriu copiii ca imaturi, furioşi sau schimbători, situaţie în care mamele sunt confuze şi nesigure asupra cauzelor comportamentului copilului.

BCU "ASICHIRAL" UNIVERSITY LIBRARY

Mamele „nesigure" oferă protecție limitată. Ele eșuează în a recunoaște evenimente negative sau cu potențial pericol, iar în procesul de supraveghere al copilului intervin cu întârziere și trec la acțiune numai când sunt forțate de împrejurări să o facă.

Mamele copiilor cu atașament dezorganizat relevă modele reprezentaționale de îngrijiri dezorganizate și au fost descrise ca *„neajutorate"*. Simțindu-se neajutorate sau incapabile de control, acestea se descriu ca lipsite de resurse în a manevra copilul, pedepsindu-l grav și reacționând isteric sau depresiv. Copiii sunt evaluați de mamele lor drept haotici, imposibil de a fi ajutați, cu crize de opoziție și enurezis/encoprezis și după vârsta de 6 ani, sau cu abilități deosebite de „artiști". În relațiile cu copiii lor, aceste mame sunt depășite de situație, invocă puteri supranaturale sau conexiuni cu strămoșii. Reprezentările mentale au un puternic dezechilibru, reflectând fie natura haotică, fie inversarea de rol („role reverse"), care pun copilul în ipostaza de a avea grijă precoce de mama sa / adultul de referință (George și Solomon, 1994).

Spitz (1945) a descris în detaliu impactul negativ asupra dezvoltării pe care îl are separarea precoce a sugarului de mama sa și instituționalizarea acestuia.

Bowlby (1958) a surprins efectul separării temporare a copilului de persoana de referință în îngrijire. Teoria lui Bowlby constituie o îndepărtare radicală de la teoria psihanalitică clasică.

Atașamentul reprezintă o relație specifică cu o persoană de referință în îngrijiri (preferată) și a fost destinată biologic pentru a proteja ființa fragilă, tânără în procesul supraviețuirii prin căutarea proximității și nu prin satisfacerea plăcerii orale, sexuale sau a nevoilor de hrană.

Odată format atașamentul sigur față de mamă, copilul își utilizează mama drept *bază sigură (securizantă) de unde poate explora lumea* (Ainsworth, 1982).

Interacțiunea cu figura primară de atașament dezvoltă la copil „modele internalizate de reprezentare a atașamentului primar" - „internal working models" (Bowlby, 1980). Acestea sunt modele complexe ale relației dintre sine însuși și figurile de atașament. Ele se mențin în afara conștiinței și sunt actualizate doar pentru a selecta și interpreta noile informații despre alte figuri de atașament.

Modelele reprezentaționale lucrative interne sunt formate în cursul interacțiunilor cu persoanele de îngrijire având semnificație maternantă toată viața (Biringen, 1994).

Copiii care constituie subiectul unor îngrijiri intrusive sau abuzive din partea unor părinți biologici, introduși într-un alt mediu percep adulții ca „nepăsători, indiferenți, impredictibili și nedisponibili", iar ei se consideră ca fiind de mai „mică valoare și nedemni

BCU TRANSILVANIA LIBRARY

de atenţia şi căldura suportivă" (Zeanah şi Anders, 1987). Acest model de relaţie distorsionată de ataşament antrenează dificultăţi în situaţiile de plasament familial sau instituţional.

Copiii maltrataţi sau neglijaţi de proprii părinţi au o atitudine neâncrezătoare, „la pândă", bazată pe modelele lucrative de reprezentare internă ale unor îngrijitori incapabili să satisfacă nevoile lor de apartenenţă. Ataşamentul lor faţă de familiile de plasament rămâne o problemă pentru perioade îndelungate de timp sau se permanentizează fără o monitorizare şi susţinere specializată în cunoştinţă de cauză.

Goldstein şi colaboratorii (1979) evidenţiază faptul că aceşti copii plasaţi au nevoie de stabilitate emoţională şi modele parentale stabile. Autorii menţionaţi se pronunţau în favoarea unor plasamente de scurtă durată cu reintegrare familială rapidă în familia biologică sau adopţie promptă, a copiilor abuzaţi, pentru întreruperea precoce a relaţiei patogene, deoarece chiar atunci când aceşti copii reuşesc să formeze un ataşament cu noua familie suferă efecte catastrofale când aceste noi ataşamente sunt ameninţate.

1.7 Alte modele de abordare a dezvoltării umane

Modelul tranzacţional

În modelul tranzacţional dezvoltarea copilului este văzută ca fiind produsul unei acţiuni dinamice continue, interacţiune oferită copilului de familia sa într-un anume context social.

Modelul tranzacţional este inovativ prin focalizarea efectului pe care îl are copilul asupra mediului, acesta nefiind independent de copil. Prin comportamentul său, copilul a putut fi un puternic determinant al experienţelor sale curente.

Tranzacţiile pot fi cauzate de comportamente atipice ale copilului, pe care părinţii nu le înţeleg, sau de cele normative, pe care părinţii le înţeleg dintr-o perspectivă distorsionată.

Pentru ca o tranzacţie să survină, părinţii trebuie să fie influenţaţi de comportamentul copilului, să facă ceva ce altfel nu ar fi făcut în cazul în care copilul s-ar fi comportat altfel.

În multe cazuri părinţii răspund cu dragoste şi afecţiune la orice acţiune a copilului, dar uneori răspunsul este furios şi abuziv, indiferent de acţiunea copilului.

Acestea nu sunt exemple de tranzacţie, pentru că stilul interacţional al părinţilor nu s-a schimbat prin comportamentul copilului.

În cazul gemenilor, Mindle, Corter, Goldberg şi Jeffers (1990) au observat că în situaţiile menţionate mai sus, mama îşi păstrează de-a lungul celor 4 ani de studiu, preferinţa

BCU "ASTRA" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

pentru unul din copii, care nu este neapărat cel mai uşor de temperat. Unele preferă pe cel mai puternic, altele pe cel mai liniştit, iar altele pe cel mai sănătos etc.

Observarea familiilor în locurile obişnuite de viaţă oferă evidenţierea unor posibile secvenţe cauzale în dezvoltare, dar probele definitive sunt date de expectanţele în manipularea variabilelor dezvoltării (Bronfenbrener, 1977).

Burgental şi Shennum (1984) au evaluat credinţele despre rezultatele îngrijirilor într-un grup de mame care apoi erau puse în situaţii de interacţiune cu copiii, pregătiţi să fie mai puţin responsivi şi *asertivi*. Au fost identificate tranzacţii pe termen scurt, unde mamele răspundeau diferit în funcţie de combinaţia între atribuţiile lor şi comportamentul actual al copilului.

Alte cercetări au fost direcţionate spre aspectul de tranzacţii pe termen lung care rezultau din programe de intervenţie masive.

Zeskind şi Ramsey (1978-1981) au examinat efectele unui program intensiv într-o intervenţie precoce asupra unui grup de copii malnutriţi din perioada fetală. Intervenţia a început la vârsta de 3 luni şi includea componentele următoare: asistenţă socială, medicală, nutriţională şi educaţională.

Un alt grup a fost supus aceluiaşi tip de intervenţie, exceptând componenta educaţională.

Comparaţia a fost făcută mai târziu asupra funcţionării ulterioare într-un statut socio-economic scăzut (SSES) a celor ce au participat sau nu la programul educaţional.

Grupul fără suport educaţional a prezentat o scădere a indicelui de dezvoltare (Developmental Quotient, DQ) de la 3 la 18 luni şi a continuat şi la 36 de luni să realizeze un scor mai scăzut. Acest QD scăzut a fost asociat cu nivele scăzute de angajare a mamelor în interacţiune. Prin contrast, familiile având educaţia necesară, deşi au avut copii cu greutate mai mică decât restul la 3 luni, erau la fel de bine situaţi ca şi ceilalţi la 18 luni.

În 1981, autorii au tras concluzia că programul educaţional a întrerupt tranzacţia negativă constatată la grupul de control.

În mod obişnuit, mamele având SSES sunt depăşite de caracteristicile copilului malnutrit fetal şi aceasta contribuie la înrăutăţirea rezultatelor. Intervenţia care a permis şi încurajat relaţii optime între mame şi copii, a condus spre rezultate aproape de medie în acest lot.

Modelul tranzacţional este o îmbunătăţire a modelului interacţional pentru că include influenţele reciproce între copil şi mediu.

Un exemplu de continuitate conferită de consistența mediului înconjurător

Multiple studii longitudinale au evaluat continuitatea dezvoltării copilului, corelând comportamentele precoce cu cele de mai târziu, extrem de puțini preocupându-se însă de consistența mediului înconjurător în timp.

„Rochester Longitudinal Study" reprezintă una dintre aceste cercetări. Studiul cuprinde câteva sute de copii, urmăriți de la naștere până la vârsta de adolescent și tânăr, care au avut în același timp cu evaluarea competențelor lor cognitive și sociale și o evaluare a mediului înconjurător (Sameroff, Seifer & Zax, 1982).

Autorii menționați, împreună cu Barocas și Greenspan, în 1987 (când copiii RLS aveau 4 ani), au analizat și setul de 10 variabile de mediu, respectiv:

1) istoric de boală mentală a mamei,

2) nivel crescut de anxietate maternă,

3) scorul perspectivelor parentale, derivat dintr-o combinație care reflectă rigiditatea atitudinilor materne, credințe și sistem de valori legat de dezvoltarea copilului lor,

4) puține interacțiuni observate în perioada de sugar,

5) prestarea de către capul familiei a unei munci necalificate,

6) educație minimă,

7) statut de minoritate dezavantajată,

8) suport familial redus,

9) evenimente de viață stresante,

10) familii de dimensiuni mari (mulți copii).

La testare acești copii, în perioada de preșcolar aveau o dezvoltare cognitivă și socio-emoțională scăzută în aceste medii cu risc (SSES).

Scorurile relative la competențele socio-emoționale și cognitive înregistrau diferențe mari, crescând în funcție de numărul factorilor de risc pe care îi acumulau.

Din punct de vedere al inteligenței, copiii fără factori de risc datorat mediului („environmental risk") aveau QI cu 30 de puncte mai mare decât copiii cu 8 sau 9 factori de risc.

În cadrul lotului RLS, atenția autorilor s-a îndreptat asupra sursei continuităților și discontinuităților în performanța copilului la vârsta de 13 ani (Sameroff, Seifer, Baldwin & Baldwin, 1993). O atenție specială a fost acordată copiilor cu multipli factori de risc familiali, care au reușit devreme să depășească dificultățile, atingând niveluri medii de competență

BCU "SIMION BĂRNUȚIU" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

socio-emoțională și intelectuală și păreau să facă parte din grupa copiilor invulnerabili (*rezilienți*).

La 13 ani, având același scor de risc, cu puternice adversități în mediu, comportamentul lor dovedea cele mai joase scoruri în competențe.

Corelația între performanța timpurie și cea recentă (la 4 și la 13 ani) era de 72 la inteligență și de 43 la competența socială.

Interpretarea unor astfel de cifre este aceea că există *continuitatea competențelor sau incompetențelor în copilărie*.

În RLS au fost evaluați atât factorii de mediu, cât și copilul. Referitor la corelația factorilor de risc de mediu luați în aceleași perioade, 76 a reprezentat cea mai mare continuitate, mai mare decât orice corelație găsită la copii.

Concluzia ar fi că acei copii care au avut medii familiale și sociale sărace la 4 ani și continuă să le aibă la 13 ani, în viitor, au șanse mai scăzute să atingă nivele crescute de competență dacă mediul nu oferă suportul necesar.

Oricare ar fi capacitățile individuale oferite de factorii individuali și dacă mediul limitează oportunitățile de dezvoltare, performanțele sunt greu de anticipat.

Sisteme care intervin în reglarea dezvoltării

A explica în ce mod individul și experiența contribuie la producerea modelelor adaptative sau maladaptative de funcționare, înseamnă a sugera în ce măsură trecutul sau prezentul vor influența viitorul.

Primul principiu care rezultă dintr-o asemenea teorie a dezvoltării este că indivizii nu pot fi considerați în afara contextelor în care trăiesc.

Scopul este ca înțelegând conexiunile cauzale, prevăzând anumite rezultate sau conturând intervenții, să nu considerăm ca soluție scoaterea individului din condițiile care i-au reglat dezvoltarea.

S-a acordat o mare atenție influențelor biologice asupra dezvoltării, supraestimându-se la noi nutriția și îngrijirile igienico-sanitare în mediul medical și s-au constatat efectele dezastruoase.

A devenit necesară acordarea unei atenții cel puțin egală influențelor mediului.

Dezvoltarea individuală este constrânsă de sistemele reglatoare care acționează la diferite nivele de organizare, cele mai importante sisteme fiind cel biologic și cel social. În

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

studiul dezvoltării embriologice există un continuu de tranzacţii între fenotip şi genotip (Ebert & Sussex, 1970; Waddington, 1957).

Waddington descria influenţele sistemelor genetice reglatorii drept „canalizatoare".

În interacţiunile complexe genotip-fenotip, sistemele reglatorii monitorizează schimbările developmentale şi le asigură rămânerea între anumite graniţe în procesele care au survenit de-a lungul generaţiilor şi care asigură acum un anumit rezultat.

Schimbările în starea actuală a organismului embrionar (fenotipul) ţintesc genotipul şi oferă o serie diferită de experienţe biochimice noi. Acestea reglează pozitiv sau negativ, activând sau dezactivând anumite gene ale embrionului uman.

Procesele continuă mai puţin „dramatic" după naştere, cu anumite excepţii (instalarea adolescenţei şi posibil a senilităţii).

Perioada de la naştere la cea de adult este dominată de interacţiunile cu sistemele sociale.

Statutul de copil are în vedere procese reglatorii, care ţin de mediul ambiental. Exemple de astfel de schimbări codate sunt reacţiile părinţilor la abilitatea copiilor de a merge sau vorbi şi schimbările în locurile respective, oferite când copilul atinge vârsta de preşcolar şi şcolar.

Aceste reglări schimbă experienţa copilului şi o pune în acord cu dezvoltarea fizică şi dezvoltarea comportamentală.

Rezultatul acestor schimburi reglatorii este creşterea capacităţilor pentru autoreglarea biologică şi dezvoltarea autocontrolului comportamental.

Progresele în dezvoltarea neuromotorie permit copilului controlul temperaturii şi nutriţiei, care la început depind doar de îngrijitori. Capabili să se îmbrace singuri şi să ajungă la dulapul cu mâncare, ei îşi câştigă independenţa, dar nu sunt niciodată în afara unui context intern şi extern.

Uneori uităm conexiunea şi este suficientă o boală sau o transgresiune socială pentru a ne reaminti de constrângerile fizice sau instituţionale care sunt exercitate asupra comportamentului nostru.

Mediul ambiental (ambianţa)

Cercetările având la bază teoria tranzacţională referitoare la dezvoltarea copilului evidenţiază utilizarea de către copil a capacităţilor biologice pentru a câştiga experienţă.În

BCU "SAPIENTIA" UNIVERSITY LIBRARY

mod reciproc se evidenţiază rolul experienţei în modelarea competenţelor copilului, dar s-a acordat extrem de puţină atenţie modului în care este organizată experienţa.

Educatorii au acordat o foarte mare atenţie dezvoltării curriculum-ului educaţional; psihologii s-au concentrat pe planurile comportamentale şi modificarea lor, dar organizarea acestor experienţe a fost lăsată în seama sociologilor şi antropologilor.

Aşa cum organizarea biologică reglează rezultatele fizice ale fiecărui individ (genotipul), organizarea socială reglează căile prin care fiinţa umană se integrează în societatea ei. Această organizare operează prin intermediul familiilor şi modelelor de socializare culturală şi au fost postulate spre a constitui *„tipul ambiental"* analog genotipului biologic (Sameroff, 1985; Sameroff & Fise, 1990).

Acest „tip ambiental" este compus din subsisteme care intră în tranzacţie nu numai cu copilul, ci şi fiecare între ele. Astfel, la fiecare moment de timp, acesta poate fi conceptualizat independent de copil. Schimbările în abilităţile copilului în dezvoltare sunt ţinte importante pentru schimbări reglatorii de-a lungul întregii vieţi care contribuie la evoluţia unei „agende de dezvoltare" în care fiecare cultură situează limite în timp pentru achiziţiile cruciale.

Pentru copilul mic, organizarea mediului conţine factori culturali, familia şi părintele ca figură de ataşament, fiind reglatori majori, aşa cum pentru copiii mai mari, grupurile de aceeaşi vârstă şi şcoala le reglează comportamentele.

Aceste coduri sunt în interrelaţie ierarhică aflate în evoluţie şi care influenţează copilul.

Experienţa în dezvoltarea copilului este parţial determinată de:

- credinţele, valorile şi personalitatea părinţilor,
- stilurile de interacţiune a familiei şi istoria transgenerațională a acesteia,
- socializarea credinţelor, controlului şi suporturile culturii.

Reglarea dezvoltării la fiecare nivel se realizează în cadrul codurilor care direcţionează dezvoltarea cognitivă şi socio-emoţională, astfel încât, în final, copilul va putea să intre în roluri definite în cadrul societăţii respective.

1.8 Predictibilitate şi transformare în procesul dezvoltării

Încercările de intervenţie în dezvoltare s-au bazat iniţial pe modele stabile de dezvoltare a copilului. De exemplu, dacă un copil avea rezultate bune sau mai puţin bune în perioada timpurie a vieţii, era de aşteptat să fie la fel şi mai târziu.

BCU CLUJ / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Cercetări longitudinale au demonstrat că majoritatea copiilor care au avut suferinţe biologice nu aveau probleme intelectuale sau sociale mai târziu. S-a lansat astfel conceptul de copil invulnerabil.

Pe de altă parte, intervenţioniştii credeau că determinând copiii la obţinerea unor performanţe timpurii, aceasta va conduce la rezultate bune în toată copilăria şi mai târziu în viaţa adultă.

Mişcarea pentru educaţia timpurie este exemplificată de programul federal al Statelor Unite ale Americii („Head start") destinat să îmbunătăţească la preşcolari competenţele de învăţare şi cele sociale, cu expectanţa că acestea vor fi menţinute şi mai târziu în viaţă.

Evaluarea (Ziegler şi Trickett, 1978) într-un studiu de urmărire a găsit doar minime câştiguri în domeniul inteligenţei care s-au păstrat în adolescenţă, dar a constatat formarea unei nevoi de participare în programe educaţionale speciale pentru îmbunătăţirea atitudinilor materne faţă de performanţele şcolare (Lazar, Darlington, Murray, Royce & Shipper, 1982).

În ambele domenii, caracteristicile precoce ale copilului sunt frecvent supraestimate faţă de factorii de context ambiental ai dezvoltării.

Când familia şi variabilele culturale au promovat creşterea şi dezvoltarea sănătoasă, copiii cu complicaţii perinatale severe au fost greu de distins de ceilalţi, fără complicaţii.

Când aceleaşi variabile au afectat dezvoltarea, copiii din programele de intervenţie preşcolare excelente au prezetat ulterior deficite severe cognitive şi sociale.

Competenţele comportamentale sunt produsul unui individ(nu luat singur, ci) în combinaţie cu experienţele sale. Pentru a fi predictivi cu privire la rezultate, nu trebuie să ne centrăm pe caracteristicile individului, ci trebuie să adăugăm analizând şi evaluarea experienţelor oferite copilului.

Factorul cultural

Componentele codului cultural au diferite caracteristici care organizează sistemul societăţii respective de creştere a copilului, încorporând elemente ale socializării şi educaţiei.

Aceste procese sunt înscrise în seturile controlului social şi a suportului social, bazate pe credinţe care diferă ca pondere în comunitatea ce le susţine, le ordonează ca norme şi moravuri, mode şi curente.

A elucida întreaga gamă a procesului reglator cultural relevant pentru dezvoltare nu face obiectul acestui capitol, ca urmare încercăm doar ceea ce literatura şi însuşi Sameroff oferă ca exemplu.

BCU "ASIMIN" CLUJ-NAPOCA LIBRARY

În general specia umană are caracteristici biologice asemănătoare, dar multe culturi ignoră statusul biologic. În cele mai multe culturi educația formală începe la 6-8 ani (Rogoff, 1981), când copilul are abilitatea cognitivă de a-și structura experiențele și a învăța din ele.

Educația informală poate începe la vârste extrem de diferite, în funcție de ceea ce atribuie cultura respectivă copilului.

Digo și Kikuyu sunt două culturi din Africa de est care au credințe diferite despre capacitățile copilului (De Vries & Sameroff, 1984).

Cei din tribul Digo cred că sugarul poate învăța de la câteva luni după naștere și inițiază socializarea în această perioadă, în timp ce celălalt trib așteaptă până în cel de-al doilea an de viață, când consideră că educația serioasă poate începe. În unele zone din America de Nord părinții cred că experiențele prenatale au consecințe în dezvoltarea cognitivă ulterioară a copiilor.

Tendința unor programe americane de a combate sarcina la adolescente este criticată de Sameroff pentru că vine în contradicție cu factorii individuali și cu codul cultural care definește maturitatea, relațiile de familie și modurile de socializare având maternitatea ca ingredient. În asemenea instanțe, a focaliza problema ca având originea doar la nivel individual, pare o mare eroare de interpretare.

Factorul familial

Ca și codurile culturale care reglează ajustarea între indivizi și sistemul social, codul familiei organizează indivizii în cadrul sistemului familiei.

Codurile familiei oferă o sursă reglatoare care permite grupului de indivizi să formeze o unitate colectivă în relație cu societatea ca întreg.

Asemenea codului cultural care reglează dezvoltarea individului spre a-i permite încadrarea într-un rol social, codul familiei reglează dezvoltarea spre a produce membri care să îndeplinească roluri în cadrul familiei, iar în final să fie capabili să introducă noi membri într-un sistem de împărtășire a acestora. În mod tradițional, noii membri sunt încorporați prin naștere, căsătorie sau, mai recent, recăsătorire.

Familia reglează dezvoltarea copilului printr-o varietate de forme care diferă ca grad de reprezentare explicită. Familiile au ritualuri care prescriu roluri; istorii care transmit orientări pentru fiecare membru al familiei ca și pentru oricine se supune; împărtășesc mituri care influențează interacțiunile indivizilor și paradigme comportamentale care schimbă comportamentul indivizilor în prezența altor membri ai familiei.

Reiss (1989) a comparat gradul în care aceste forme reglează comportamentul familiei prin recomandări explicite (cunoaşterea regulilor familiei pe care în mod conştient le are fiecare membru) cu gradul în care comportamentul fiecărui membru este reglat de o practică comună (comportamentul membrilor familiei când aceştia sunt împreună). Cele mai frecvent reprezentate normative sunt exemplificate prin ritualurile familiei şi paradigmele acesteia. La nivel intermediar sunt miturile şi istoriile.

Eforturile de cercetare au fost făcute doar pentru a explora natura exactă a acestor forme şi modul în care sunt transmise comportamental printre membrii familiei şi modul de reprezentare la nivel cognitiv.

Factorul individual

Indivizii operează ca parte din familie fără a avea conştiinţa că orice schimbării ale comportamentului lor în contextul sistemului familial poate schimba interacţiunea familială.

Datorită multiplelor nivele complex determinate, părinţii îşi aduc contribuţia mai mult decât copiii la funcţionarea sănătoasă a sistemelor şi la procesul de schimbare în dinamică.

În cadrul reglementărilor socializării încorporate în codurile culturale şi familiale, interpretările individualizate pe care le face fiecare figură parentală sunt condiţionate de participarea fiecăruia dintre aceştia în trecut, în propriile familii la interacţiunile encodate, dar ele sunt reţinute în mod unic de către fiecare membru al familiei.

Aceste influenţe individuale anticipează răspunsurile fiecărui părinte pentru fiecare copil. Gradul de sănătate mintală sau patologia încorporate în aceste răspunsuri sunt bine descrise de literatura clinică. Amintim aici doar exemplul de referinţă în literatura de specialitate,de orientare psihanalitică discutate în cartea "The ghost in the nursery"

În termenii dezvoltării, Selma Freiberg şi colegii ei au oferit descrierea atribuţiilor pe care le aduc cu ei părinţii din experienţa lor în familia de origine. Aceste „fantome" ale unor conflicte nerezolvate s-au dovedit a fi „în mod specific dăunătoare, în funcţie de momentul istoric sau conţinutul topic al achiziţiilor abilităţilor care se referă la arii ca hrănirea, somnul sau obţinerea controlului sfincterian şi disciplinării,fiind dependente de vulnerabilităţile şi trecutul parental" (Freiberg, Aderson & Shapiro, 1975, p. 46).

Psihopatologia parentală a fost de mult recunoscută a fi un important factor cauzal care contribuie la un statut de dezvoltare precară al copiilor.

BCU "SAVERIAN" UNIVERSITY LIBRARY

Deşi suntem conştienţi de această influenţă, trebuie să fim plini de grijă în atribuirea efectelor contextului în care comportamentul parental îşi are rădăcinile, ţinând cont de codurile familiale şi culturale.

Este important să recunoaştem părinţii ca agenţi reglatori majori ai dezvoltării copilului, dar este de importanţă egală să recunoaştem că acest comportament parental este el însuşi înscris în contextele reglatorii.

1.9 Abordarea sistemică a reglării şi dezvoltării

Înţelegerea procesului dezvoltării presupune aprecierea tranzacţiilor între indivizi, aspectele biologic înnăscute şi rezultatul interacţiunii continuu cu socialul. Continuităţile şi discontinuităţile reprezintă o întâlnire funcţională a trei sisteme numite de Sameroff (1985) genotip, fenotip şi ambientip.

Genotipul reprezintă un sistem organizat şi reglat biologic.

Sistemul ambiental reprezintă codul familial şi cultural care reglează oportunităţile de dezvoltare aflate la dispoziţia individului.

Fenotipul sau, în acest caz, persoana ca individ, se află în tranzacţie pentru dezvoltarea sa atât cu genotipul cât şi cu ambientul pentru determinarea statusului individual în orice moment din timp.

Presupunând că cele trei sisteme sunt în stare de echilibru, putem avea expectanţa continuităţii performanţelor.

Atunci când sistemele sunt supuse reorganizărilor, acest fapt are drept corespondent reorganizarea dezvoltării în sine.

Definiţia dezvoltării ca model al adaptării la perturbări este conţinută în teoria generală a sistemelor.

Perturbarea este ubicuitară, atât în procesele normale, cât şi în cele anormale de creştere. În dezvoltarea normală, sub aspect biologic se cer reorganizări adaptative ca răspuns la schimbările fizice, cum ar fi achiziţia mersului sau adolescenţa.

Din punct de vedere ambiental, asemenea reorganizări încep cu adaptări relativ simple, care se cer a fi efectuate de câte ori mama părăseşte încăperea şi progresează spre depăşirea unor perturbări mai serioase, produse de faptul de a fi şcolar şi apoi absolvent.

Aspectele înnăscute individuale şi cele achiziţionate de la „celălalt" sunt luate în considerare cu mai mult sau mai puţin succes, fie în căutarea oportunităţilor de a-şi utiliza capacităţile, fie în alimentarea capacităţilor de a întâlni oportunităţile.

BCU CLUJ CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Într-o dezvoltare care nu corespunde normelor, clinicianul trebuie să aprecieze care sunt părțile care lipsesc, capacitățile sau oportunitățile.

Plasticitatea mediului ambiental, permite compensări reglatorii în domeniul fizic (scaun rulant pentru mers), în domeniul cognitiv (limbajul semnelor pentru surzi sau pentru retardații mintal), iar în domeniul socio-emoțional, învățând părinții să fie responsivi față de copilul mic.

Pe de altă parte, aceeași plasticitate a mediului ambiental poate interfera dezvoltarea, lăsând loc de „adaptare" și părinților abuzivi, în condiții de absență a resurselor în îngrijirea copilului, nerecunoașterii nevoilor educaționale datorită situării lor la un nivel economic, sexual sau rasial dincolo de limitele considerate admisibile uman.

Din perspectiva developmentală descrisă aici, trebuie să privim progresele copilului încorporate în relație cu contextul fizic și lumea socialului în care clinicienii pot juca un rol important. Oricum, pentru a fi de succes în această poziție, cei ce intervin trebuie să înțeleagă că nu numai încorporarea, dar și multiplele surse de reglare afectează procesul dezvoltării.

1.10 Integrarea conceptelor asupra dezvoltării

Conceptele discutate până acum pot să pară la prima vedere a fi separate. La o privire mai atentă, ne dăm seama că ele interacționează în mod direct. A devenit evident că ataşamentul este un aspect important pentru dezvoltarea unui copil. Se poate spune că un ataşament sigur stabilitdevine baza sigură de la care un copil poate începe să exploreze lumea. După mai mulți autori, abilitățile cognitive ca și alte arii de dezvoltare sunt corelate cu stabilirea unui ataşament sigur (Morison al., 1995; Fahlberg 1976,1991).

Acest ataşament sigur nu doar permite unui copil să evolueze în procesul vieții, dar și să se întoarcă la persoana de care e ataşat în timpul unor perioade sau evenimente stresante "prezența sau absența figurii de ataşament face o mare diferențiere în perceperea intensității fricii" (Fahlberg, 1976, p. 3). Fahlberg afirmă că nesiguranța disponibilității figurii de ataşament duce la creşterea susceptibilității și cel mai înspăimântător lucru devine separarea de figura de ataşament. Când cineva e convins că o figură de ataşament e disponibilă oricând el doreşte, va fi mai puțin predispus la indispoziție și iritare cronică și de durată după separare.

Deşi relația dintre dezvoltare și stres e mai puțin importantă aici,acestea se corelează cu performanțele la nivel școlar, de învățare, comunicare, fizică, adaptativă ulterior și la

rândul lor se poate aştepta în mod normal să coreleze în anumite circumstanţe,în mod negativ cu experienţele stresante în timpul separării.

Copilul poate folosi mai multe strategii pentru a depăşi problema separării. Acestea pot avea conţinuturi fizice (de exemplu merge spre persoana de ataşament în loc să aştepte), sau îmbunătăţite prin comunicare (solicită explicit prezenţa adultului în loc să se exprime doar prin plâns).

Aceasta ne conduce spre un alt concept: "responsivitatea senzitivă". Acest concept este unui din cele mai importante ale teoriei ataşamentului (Ainsworth şi al. 1971; Fahlberg 1991). Responsivitatea senzitivă se referă la calitatea comportamentului mamei sau a persoanei de referinţă faţă de copil. Comunicându-şi nevoia, copilul influenţează abilitatea mamei sau a îngrijitorului de referinţă de a reacţiona senzitiv. "Sistemul de îngrijiri senzitive, în care figura parentală (de obicei mama) reuşeşte să înţeleagă corect semnele copilului şi să-i răspundă adecvat nevoilor lui de liniştire a stărilor de stres, într-un continuu de îngrijiri pline de afecţiune structurează în diadă un sistem de ataşament sigur" (V.Stan, *Ataşamentul-de la teorie la practică*-1998, p. 59).

BCU IAŞI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

CAP.II UN NOU MOD DE ABORDARE A MICII COPILĂRII PRIN PRISMA TEORIEI ATAŞAMENTULUI

2.1. Influenţa factorilor de mediu asupra dinamicii formării sistemului de ataşament

Stimulul element primordial

Nevoia de ataşament face parte dintre nevoile de bază ale fiinţei umane, este înnăscută şi are drept scop supravieţuirea. Ea intră în competenţele destinate adaptării nou născutului, incluzând capacitatea de reacţie la mediul animat şi inanimat, care constituie premiza dezvoltării sale emoţionale ulterioare.

Reflexele arhaice, imitarea mimicii, în combinaţie cu factorii de mediu conduc la structurarea primelor scheme de "a fi în lume" şi a fi "cu celălalt". Dezvoltarea din viaţa intrauterină a capacităţii de a recunoaşte vocea mamei, de a reacţiona sincron cu mama la stres şi de a recunoaşte senzorial stimuli din mediul extern constituie competenţe ale nou-născutului.

Interacţiunea genotipului cu factorii de mediu: stimuli, persoana discriminată şi nişa de protecţie duc la formarea matricei primare de ataşament.

Stimulii pozitivi: miros specific al mamei, gustul laptelui matern, vocea umană modulată recunoscută, figura umană (linii ondulate, punct, expresivitatea mimico-posturală, contactul tegumentar şi temperatura corpului uman), sunt stimuli purtători de mesaj în comunicarea nonverbală, având o importanţă maximă în perioada primelor 5 săptămâni. Unii vin ca răspuns la semnalele, la început nedirecţionate, ale copilului către persoana care acordă în mod preferenţial îngrijiri, transformând-o astfel în figură discriminată. Aceasta la rândul ei, îi confirmă aspectul pozitiv, de liniştire şi asigură confortul copilului, starea de seninătate, calm şi plăcere resimţită alături de sugar. De la 6 luni, odată cu posibilitatea de a se târî sugarul devine parte activă în căutarea proximităţii cu persoana care îi validează trăirile, în mod senzitiv. Astfel persoana discriminată a devenit o referinţă constantă şi are semnificaţia de bază sigură de ataşament la care copilul revine în caz de percepere a necunoscutului ca un potenţial pericol.

BCU "ASTRA" UNIVERSITY LIBRARY

Nişa securizantă s-ar defini prin asigurarea unui spaţiu în care nivelul de stres perceput de copil e minim atât prin faptul că-i permite o explorare interesantă stimulativă, cu stimuli pozitivi, interesanţi pentru constituirea unei matrici de ataşament sigur. Prin repetări şi experienţe succesive, se structurează în scheme comportamentale, care asigură formarea unui sistem coerent, cu semnificaţii clare pentru partenerii în interacţiune, generând la copil un tip de ataşament clasificat drept *sigur*.

Stimulii negativi: mirosul de nerecunoscut (transformat de parfumuri diferite), gustul mereu schimbat al formulelor de lapte praf, vocea umană nemodulată la frecvenţe prea înalte, alarmante sau extrem de joase înfricoşătoare sau percepute prin instrumente audio, figura umană imobilă, cu privire direcţionată "alături" (absenţa contactului din priviri) contact uman interferat (de geamuri de protecţie, măşti, mănuşi, instrumente de explorare medicală), obiecte (jucării) complicate interpuse în interacţiune, alcoolemia mamei (transferată transplacentar şi apoi prin lapte) sau drogurile distorsionează modalitatea de a reacţiona, de a percepe şi decoda semnalele copilului de către adult şi invers limitând capacitatea copilului de a-şi da seama de el însuşi şi de alţii.

Absenţa fizică a persoanei care acordă îngrijiri sau incoerenţa şi inconsistenţa stimulior, impredictibilitatea cu care îl invadează sau îl lasă în aşteptare, oscilaţiile de intensitate, imprevizibile ale stimulărilor, bruscheţea manipulărilor sau absenţa oricărei atingeri, creează un haos în interpretări care nu lasă loc sistematizărilor şi decodărilor necesare conducând la formarea unei matrici de ataşament nesigur sau dezorganizat. Răspunsul haotic, nestructurat, negativ creşte sistemul de alertă şi stresul resimţit de copil.

Spaţiul de mişcare limitat şi resimţit ca restrictiv, are drept consecinţă diminuarea posibilităţilor de explorare, şi va conduce la întârzierea în achiziţia deprinderilor de a se târî şi a veni in contact cu alţi stimuli.

Nişa de habitat neinteresantă pentru explorare include şi absenţa culorii, formelor, texturilor şi gusturilor diferite. Monotonia acestei nişe, persistenţa dezorganizării, în faţa marii nevoi de stimuli *determină îndreptarea atenţiei copilului spre propriul corp într-un mod repetitiv pentru autoexplorare, in distonanţă şi neselectiv*. Concomitent pe măsura creşterii deprivării şi a nevoi de stimuli în acest spaţiu care barează drumul spre explorare se ajunge la comportamente stereotipe de autostimulare, cum ar fi offensa capitis sau alte stimulări dureroase care par să interfereze sistemul de apărare individual.

Absenţa unei figuri umane de feed back emoţional sau modalităţi haotice de producere a stimulilor, nu determină pentru copil nici căutarea proximităţii, nici interpretarea corectă a

pericolelor, fapt care conduce la o matrice de ataşament de tip nesigur sau dezorganizat, în funcţie de durata şi intensitatea cu care acţionează aceşti stimuli.

Pentru supravieţuire şi adaptare e necesară prezenţa unor stimuli care la început sunt nespecifici, indiferenţi. În caz de repetare a acestora cu o anumită constanţă, sugarul reuşeşte să discrimineze între stimulii care răspund pozitiv nevoilor lui de confort şi liniştire şi cei negativi cu semnificaţie de disconfort .

În caz de percepere a unor semnale de pericol (ameninţare) şi stres se declanşează căutarea proximităţii cu figura de ataşament, care printr-un proces de codificare devine monitor care confirmă sursa de semnale de alarmă sau dezamorsează starea prin semnale liniştitoare, în funcţie de experienţa câştigată anterior în diadă.

Prima fază de înţelegere (codificare) a informaţiei presupune:

a) Proximitatea faţă de figura de ataşament

b) Existenţa semnalelor de pericol

c) Răspunsul predictibil (probabil) al figurii de ataşament

d) Competenţa Eu-lui

Competenţa Eu-lui presupune în comportamentul din sistemul de ataşament *sigur*, faptul că semnalele adultului au fost in concordanţă cu senzaţiile proprii ale copilului, deci adultul a avut capacitatea de a "citi", de a decoda corect semnalele copilului şi a reuşit să se situeze adecvat în locul acestuia spre a percepe nişa şi stimulii din ea din perspectiva copilului. Vorbim astfel de un transfer de competenţă a *eu-lui* dinspre adultul autonom, către copil, într-un sistem comprehensibil, cu sens. Adultul demonstrează că e disponibil spre a răspunde în mod coerent şi consistent copilului.

Daniel Stern utilizează termenul de acordaj afectiv spre a descrie comportamentul adultului senzitiv, care foloseşte mimica şi gestica în comunicarea empatică şi o dublează sonor, cu vocalizări adecvate tonusului copilului în situaţia respectivă, spre a-l ajuta pe copil în primul rând să îşi repereze, să pună un nume, să-şi clasifice şi să îşi ordoneze trăirile proprii, ţinând cont de faptul că adultul le-a perceput drept concordante sau discordante cu situaţia. Are loc astfel o oglindire, o captare tip monitor cu transmitere mimico-gestuală şi sonoră în acelaşi timp pentru a da semnificaţie stimulilor, apoi o redare către copil .

A doua fază, de restabilire a scopurilor proximităţii faţă de figura de ataşament se poate face direct prin *interacţiune* constantă care consolidează până la 2 ani un anumit tip de comportament.

Faza a treia presupune valorizarea acelor alternative care au fost de succes în atingerea scopurilor stabilite (de securizare şi confort) în fazele anterioare .

BCU "SIGHETU" - UNIVERSITY LIBRARY

Faza a patra se caracterizează prin selectarea comportamentelor optime cu răspuns planificat care vor rămâne revizuibile prin feed-back şi prin exersări ale matricei de ataşament în cadrul nişei *percepută* ca securizantă sau la polul celălalt insecurizantă.

Ataşamentele care se stabilesc în cadrul interacţiunilor oferite de figura de ataşament accesibilă sau nu, localizată într-un spaţiu securizant sau insecurizant, ne permit să afirmăm că pornind de la nevoia de a se ataşa a copilului pentru o proximitate protectivă, sugarul în funcţie de factorii de mediu învaţă să decodeze şi să treacă prin filtrul propriei discriminări stimuli şi interacţiuni cu semnificaţii care să confirme sau să infirme justeţea propriilor senzaţii.

Comportamentul de căutare a proximităţii (atunci când capacităţile, abilităţile şi calităţile copilului o permit) se diversifică, are răspunsuri din partea adultului şi se structurează pe baza matricei primare de ataşament în ataşamente clasificate drept: A) sigure, B) nesigure-evitante şi C) nesigur-rezistente sau D)dezorganizate.

Capacitatea de ataşare în funcţie de factorii de mediu

Teoria ataşamentului stipulează căutarea proximităţii adultului protectiv şi presupune prin definiţie, o diadă adult-copil aflată în *interacţiune*.

Ei formează în această interacţiune o legătură, numită *legătura de ataşament* asupra căreia ne îndreptăm atenţia. Calitatea acestei legături/relaţii este dată de modalităţile ei de formare şi are tendinţa de a se permanentiza în cadrul cuplului amintit, pentru securizare când devine *sistem de ataşament.*

Relaţiile de ataşament sunt iniţiate de adultul care percepe atât stimulii din mediu (în semnificaţia lor) cât şi efectul lor asupra copilului prin semnalele acestuia. Prin capacitatea de a se pune în locul copilului (empatie) dă semnificaţie şi ("explică", "traduce", "decodează" într-o comunicare nonverbală dintr-un sistem senzorial în altul uneori) caracterul pozitiv sau negativ al acestora pentru sugar şi îi redă informaţia procesată.

Pentru crearea unui sistem de ataşament însă cei doi parteneri trebuie să participe activ în mod comprehensibil unul pentru altul.

Interacţiunea, necesitând *acordaj* afectiv (la început mai ales din partea adultului), presupune integritatea senzorială a celor doi (comunicare din priviri, atingeri, poziţii confortabile în contact strâns, recunoaştere reciprocă prin mirosuri, gusturi) care legate de prezenţa reconfortantă dă sensul "împărtăşirii" (sharing / plaisir partage) şi deconectează sistemul de alertă (de perceperea pericolelor).

BCU "ION CREANGĂ" LIBRARY

Repetarea experienţelor de acest tip în condiţii de stres minim, în acelaşi context ambiental care să permită celor doi o reală stare de bine, permite conţinerea temerilor (senzaţia ambilor de a fi în controlul situaţiei) şi permite din punct de vedere afectiv explorarea unor noi domenii. Sugarul dă semnificaţie discriminativă persoanei ca "monitor de încredere" a ceea ce simte prin toate simţurile şi ordonează senzaţiile fiind mereu asigurat că percepţiile sale pot intra cu gradele de intensitate "măsurate" prin expresia mimico-gestuală a acestuia. Pentru a înţelege specificitatea relaţiei facem apel la o situaţie extremă. Dacă unul din partenerii relaţiei de ataşament are de exemplu afectate unul dintre sistemele senzoriale (auz, văz, miros, gust) dar motivaţia de a-l face pe celălalt să împărtăşească acelaşi lucru e suficient de puternică, respectând nevoile *celuilalt,* timpul necesar ajustării poate creşte sau modalităţile diferă de cele "clasice" dar confortul emoţional, găsit cu răbdare, după eforturi comune şi cu specificitate crescută dă amprenta specială acestei relaţii, făcând-o *unică.*

Această unicitate resimţită se imprimă în ceea ce regăsim sub numele de matrice de ataşament. Matricea de ataşament prin rolul ei de a da repere stabile în stabilirea strategiilor pentru atingerea stării de confort în caz de pericol (noutate, stres, etc.) devine punctul de orientare în mediul înconjurător. (A-ţi da seama de tine însuţi şi de alţii din jur).

Este necesar un cumul de stimuli care să se exercite într-o anumită nişă prevăzută cu elemente de securizare şi scădere a stresului dar suficient de interesantă pentru explorare motivată, ca în interacţiune mediată securizant copilul să-şi valorizeze alternativele comportamentale pentru atingerea scopurilor stabilite.

Un adult, el însuşi cu un sistem de ataşament sigur dobândit în interacţiune cu proprii părinţi într-o nişă stabilă are toate şansele să transmită acelaşi tip de ataşament copilului (vom reveni la transmiterea intergenerațională a tipurilor de ataşament).

Atunci însă când condiţiile de mediu sunt anxiogene, stimulii din jur obiectiv pun în pericol copilul sau adultul şi îi ameninţă cu separarea (naşterea cu probleme, prematuritate sau boală cu nevoile de a interpune instrumente dureroase, incubator, accidente sau răniri în catastrofe), îl pun pe copil în situaţia de pericol fără a mai putea găsi prezenţa figurii de ataşament, care să facă explicită avalanşa de stimuli sau nu poate percepe confortul din cauza lucrurilor şi evenimentelor care se interferează între ei. Adultul el însuşi simte şi exprimă autentic pericolul iminent pe care îl percepe pentru copil.Atunci şi mecanismele de liniştire puse în joc sunt eficiente doar parţial pentru că el însuşi se află în dificultate şi "nu în controlul situaţiei". Dacă reuşeşte să le comunice corect copilului, acestea au potenţialul de a-l reconforta parţial doar pe copil, în sensul că prezenţa persoanei de ataşament îi confirmă că ceea ce simte e real dar pericolul din mediu îi alarmează pe amândoi, nu îi lasă să-şi

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

deconecteze starea de alertă ci îi menţine într-o "expectanţă aprehensivă", logică, congruentă contextual.

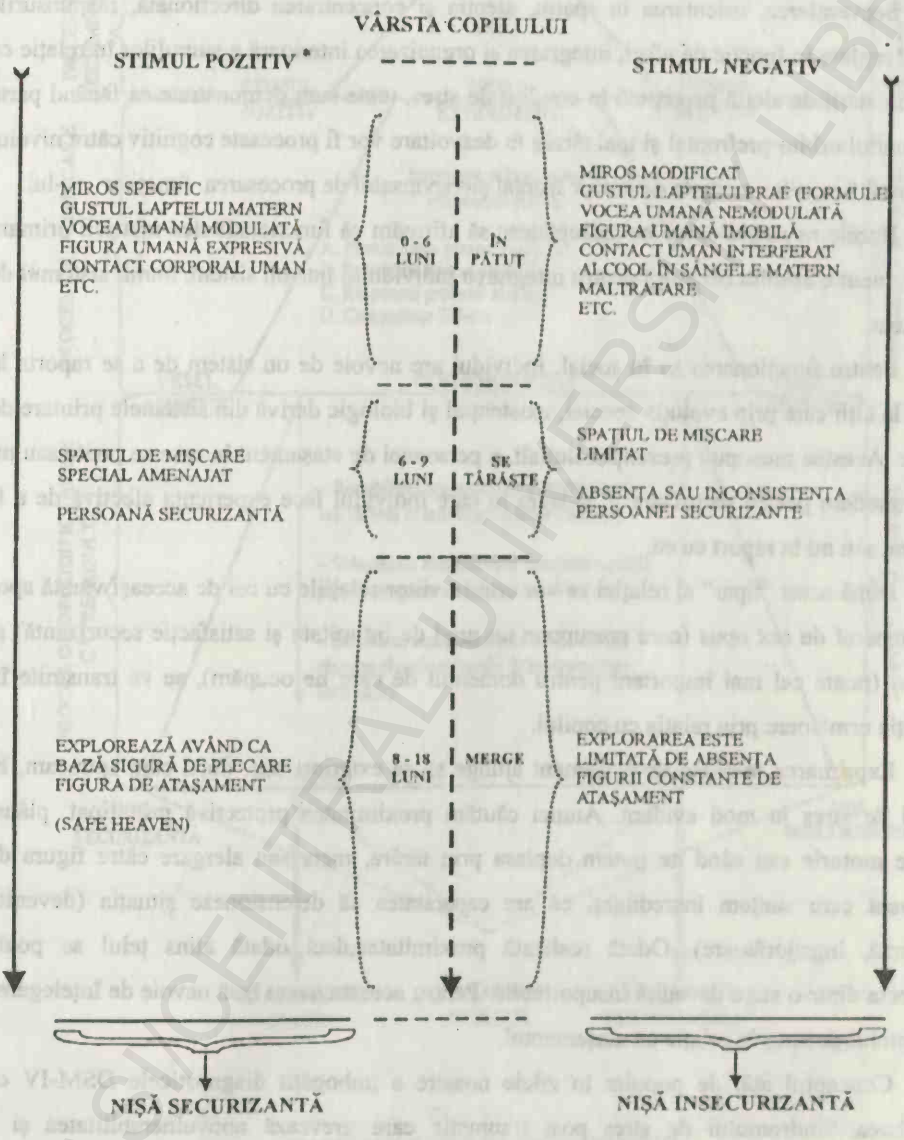
Dacă aceşti stimuli din mediu îşi prelungesc acţiunea, nişa e improprie, insecurizantă deşi adultul este posesorul unei matrice de ataşament sigur el nu poate să o transmită după acelaşi canoane copilului (În cazul bolilor cronice grave sau care presupun intervenţii, spitalizări şi care grevează real bunăstarea fizică şi mentală a copilului).

Relaţia de ataşament care se poate forma e deci anxioasă şi ambivalentă nu din cauza disponibilităţii celor doi parteneri ci din cauza factorilor de stres crescut carepun în incertitudine diada.

Luând aceeaşi situaţie, în care copilul necesită spitalizare, intervenţii sau intervin catastrofe din mediu şi traume,sugarul nu numai că este înconjurat de stimuli negativi dureroşi dar nici nu găseşte disponibilă persoana de ataşament ,care să facă ordine în multitudinea de senzaţii. Mai mult decât atât, ea nu-i "traduce" ce se întâmplă în termenii concretului decât pentru scurt timp, hiperexpresiv, deci invadându-l cu altă serie de stimuli de intensitate crescută, greu de controlat şi interpretat pentru copil, spre a fi utilizaţi în procesarea informaţiilor. În faţa "bombardamentului" de stimuli atât din mediul natural, reali, cât şi din partea figurii de ataşament care nici nu poate fi localizată sau accesibilă constant pentru monitorizare şi nici nu e sursa unor dimensionări reale a evenimentelor, copilul dezvoltă un tip de ataşament anxios-evitant în care semnalul fiind clar de pericol, se apără şi devine "rezistent" chiar faţă de figura de ataşament de care are atâta nevoie.

Dacă prin condiţiile de mediu copilul nu poate prin intermediul simţurilor să găsească nimic securizant în faţa avalanşei de stimuli care înseamnă pericol real, şi nici nu are nimic care să monitorizeze, să creeze o ordine în haosul greu de perceput şi interpretat pentru sugar,acesta nu poate organiza nici selecta semnalele de pericol , deci nici sistematiza răspunsuri predictibile.Atunci când nu are la dispoziţie prezenţa adultului de încredere securizantă, nu-şi poate verifica competenţele, nici exersa capacităţile, deci lumea reală nu are semnificaţie de "bine" pentru el ci de pericol continuu,Sistemul de ataşament va fii dezorganizat ca relaţionare. Pentru individ, în viaţa lui intimă şi socială, ataşamentele cu alţii devin cvasi-imposibile deşi capacităţile cognitive şi de învăţare fiind nealterate îl pot menţine într-o aparentă integrare fizică şi funcţională, nu însă şi în dimensiunea de bine resimţit cu celălalt.Acelaşi lucru se poate întâmpla in cazul în care unul din membrii diadei are un handicap(este nevăzător sau surd,sau cu afectarea sferei comunicării printr-o afecţiune).

INFLUENȚA FACTORILOR DE MEDIU ASUPRA DINAMICII FORMĂRII SISTEMULUI DE ATAȘAMENT



* stimul purtător de mesaj în comunicarea nonverbală aflat în concordanță cu nevoile copilului.

2.2 Matricea primară de ataşament

Este după cum rezultă din cele de până acum cea care amprentează copilul în modul de a interpreta lumea.

Secvenţierea, orientarea în spaţiu, atenţia şi concentrarea direcţionată, răspunsurile motorii reglate în funcţie de afect, integrarea şi organizarea interioară a stimulilor în relaţie cu rezoluţia stării de alertă percepută în condiţii de stres, toate sunt demonstrate ca făcând parte din circuitul orbito-prefrontal şi mai târziu în dezvoltare vor fi procesate cognitiv către nivelul superior al funcţiilor mediate de cortex frontal şiresponsabil de procesarea funcţiior *eu*-lui.

Bazele neurobiologice ne îndreptăţesc să afirmăm că funcţionalitatea matricii primare de ataşament e absolut necesară pentru integrarea individului într-un sistem, numit sistemul de ataşament.

Pentru funcţionarea sa în social, individul are nevoie de un sistem de a se raporta la sine şi la alţii care prin evoluţia speciei, existenţial şi biologic derivă din sistemele primare de apărare. Acestea presupun prezenţa celuilalt, a persoanei de ataşament în care se poate sau nu avea încredere pentru securizare în măsura în care individul face experienţa afectivă de a fi securizat sau nu în raport cu ea.

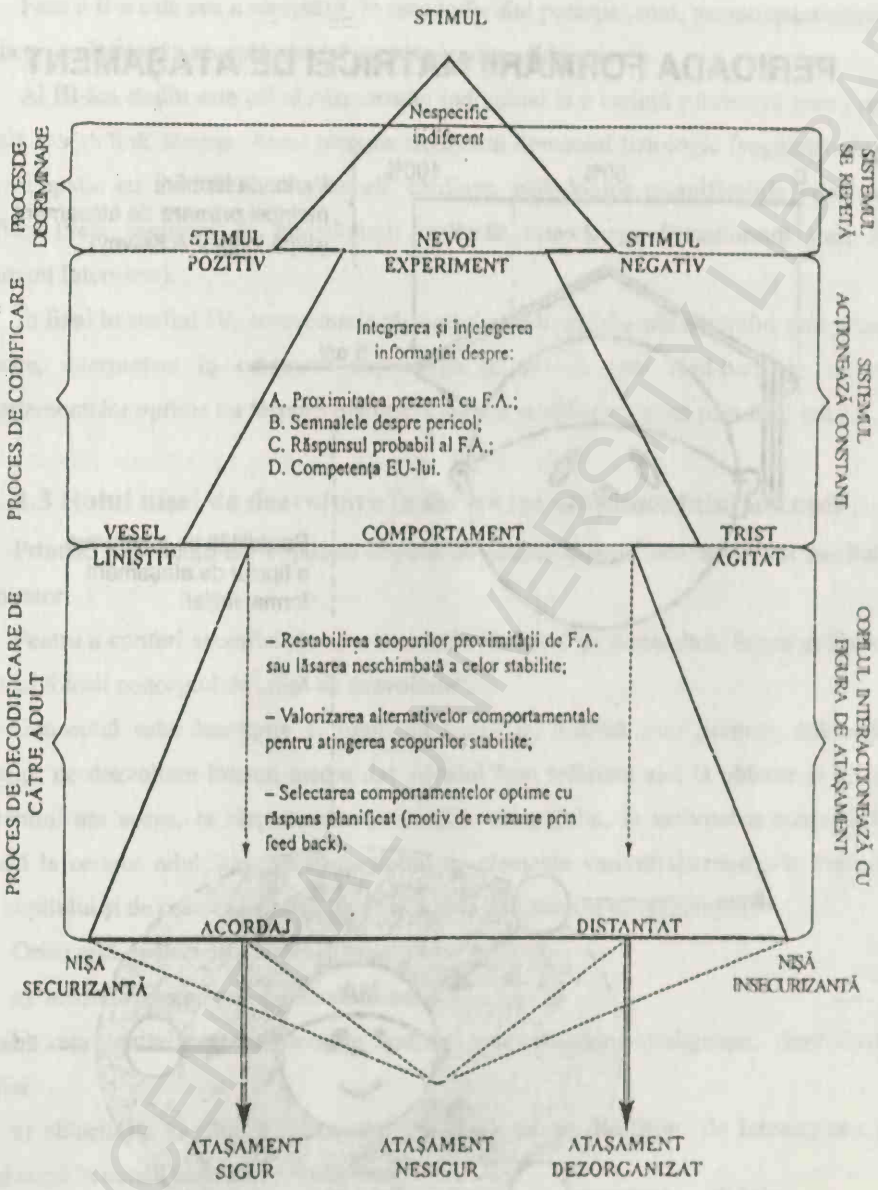
După acest "tipar" al relaţiei se vor croi în viitor relaţiile cu cei de aceeaşi vârstă apoi cu partenerul de sex opus (care presupune un grad de intimitate şi satisfacţie securizantă) şi din nou (poate cel mai important pentru domeniul de care ne ocupăm), se va transmite în generaţia următoare prin relaţia cu copilul.

Exprimarea matricei de ataşament ajunge să se exteriorizeze, după cum spuneam, în situaţii de stres în mod evident. Atunci căutăm proximitatea protectivă prin ţipat, plâns, agitaţie motorie sau când ne putem deplasa prin târâre, mers sau alergare către figura de ataşament care suntem încredinţaţi că are capacitatea să detensioneze situaţia (devenită alarmantă, îngrijorătoare). Odată realizată proximitatea,deci odată atins ţelul se poate deconecta dintr-o stare devenită insuportabilă. Pentru aceasta avem însă nevoie de înţelegerea conceptului de stres în relaţie cu ataşamentul.

Conceptul atât de popular în zilele noastre a îmbogăţit diagnosticele DSM-IV cu formularea Sindromului de stres post traumatic care grevează nonvulnerabilitatea şi a declanşat cercetări în biochimie, medicină care complică şi mai mult definiţia.

Din punctul de vedere care ne interesează trebuie să-l descriem ca pe un proces cu 4 stadii care poate fi urmărit schematic în figură(adaptată după Mitchell 1992):

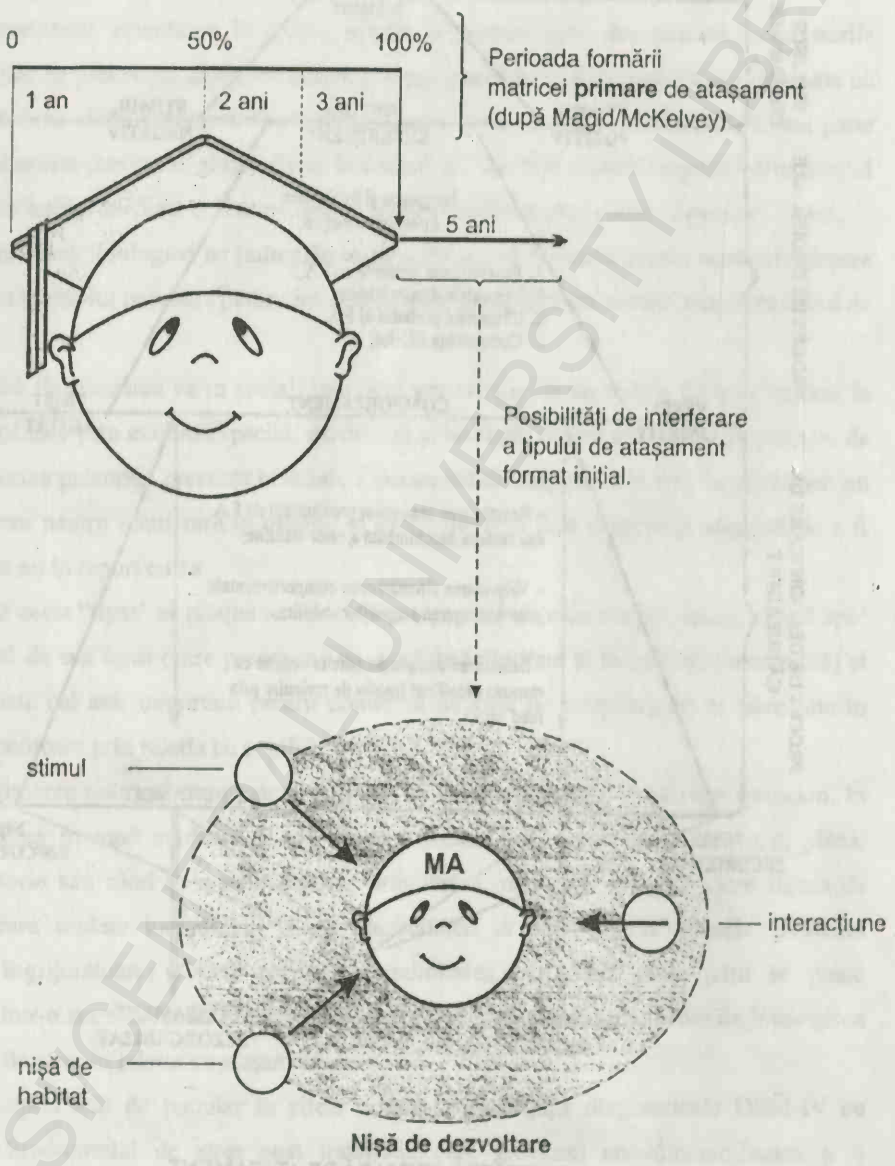
Prima fază: mediul social sau fizic adresează nişte cerinţe obiective individului.



MATRICEA PRIMARĂ DE ATAȘAMENT

BCU IAȘI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

PERIOADA FORMĂRII MATRICEI DE ATAŞAMENT



MA - MATRICE DE ATAŞAMENT

BCU IAŞI CEA MAI MARE UNIVERSITY LIBRARY

Faza a II-a este cea a receptării, în care individul percepe ,apoi, recunoaștesemnalulsau situația și se alertează , acceptă nivelul cerinței (cerințe subiective).

Al III-lea stadiu este cel al *răspunsului* individual la o cerință subiectivă care i se pare normală sau străină, stranie. Acest răspuns angajează domeniul fiziologic (vegetativ simpatic și parasimpatic cu modificări respiratorii, cardiace, psihologice cuantificabile prin metode specifice, (vezi capitolul de metodologii moderne cu Strange Situation Q sort, Adult Atachment Interview).

În final în stadiul IV, *consecințele* răspunsului individual și ale mediului sunt receptate procesate, interpretate în contextul experienței și servesc prin feed-back la selectarea comportamentelor optime cu răspuns planificat care se revizuiesc mereu prin feed-back.

2.3 Rolul nișei de dezvoltare în formarea atașamentului la copil

Primele experiențe ale copilului depind de modul în care este structurat mediul său înconjurător.

Pentru a conferi specificitate acestui mediu (cultural, în particular), Super și Harkness (1986) au folosit conceptul de „nișă de dezvoltare".

Conceptul este descriptiv și oferă un cadru de analiză care permite diferențierea proceselor de dezvoltare într-un mediu dat. Mediul face referință aici la obiecte și locuri la care copilul are acces, la răspunsurile și reacțiile anturajului, la activitatea autonomă sau efectuată la cererea adulților. Acest ansamblu de elemente variază sistematic în funcție de vârsta copilului și de ceea ce se așteaptă de la acesta de către cei din anturaj.

Orice nișă de dezvoltare se definește prin:

a) mediul fizic, climatul și mediul social

b) reprezentările și etnoteoriile asupra competențelor, inteligenței, dezvoltării și educației

c) obiceiurile și tehnicile de creștere a copilului ,modalitățile de interacțiune între adult și copil în cursul activităților cotidiene .

Conceptul pune accent pe interferența diferitelor aspecte, conferind specificitate mediului unde se organizează experiențele copilului. Nișa permite sublinierea aspectului evolutiv al acestui mediu de viață ale cărui componente (în funcție de diferite criterii, ca: vârsta apariției competențelor, momentul propice începerii unei învățări și încrederea în posibilitățile copilului de a influența anumite aspecte din procesul învățării) se pot transforma pentru a răspunde progresiv acestor nevoi.

BCU "LUCIAN BLAGA" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Mediul fizic şi social al copilului grupează:

- caracteristicile materiale, fie că sunt naturale, fie construite (geografice, de habitat, obiecte disponibile),

- organizarea socială-familia nucleară sau lărgită, regruparea pe criterii de vârstă sau sex etc.

Toate aceste date vor structura experienţele copilului.

Etnoteoriile sau reprezentările culturale ale competenţelor, influenţează semnificativ comportamentul adultului în faţa copilului şi, în consecinţă, comportamentul copilului însuşi. Cronologia practicilor educative va fi larg definită prin modalitatea în care adultul îşi reprezintă copilul şi expectanţele pe care le are de la acesta.

Studii conduse în acest sens au arătat că există diferenţe între culturi după tipul de competenţe pe care adulţii le încurajează la copil, vârsta la care ele trebuiesc achiziţionate şi nivelul de stăpânire pe care copilul trebuie să-l atingă (Hess & colab., 1980; Ninio, 1979; Keller & colab., 1984) în normele de dezvoltare ale acelei culturi date.

Metodele de creştere şi educaţie legate intim de elementele precedente, organizează direct situaţiile de învăţare şi condiţiile de exersare.

Whiting (1981), într-o analiză a repartiţiilor geografice ale modului de a purta sugarul şi copilul mic, a arătat că ele depind şi de condiţiile climatice.

Purtatul în leagăn corespunde statistic zonelor unde temperaturile iarna, coboară sub 10^0 C, indiferent de continent (american, european sau asiatic).

Purtatul într-o pânză, de tip african, se situează în zone unde iarna temperaturile depăşesc 10^0 C, deşi se pot cita excepţii în nordul Africii sau la eschimoşii din nordul Canadei.

Simplul fapt de a utiliza un mobilier ca masa înaltă (Europa), sau lucrul direct pe sol (Africa sau Asia) conduc în viaţa cotidiană la orientarea unui număr de experienţe posturo-motrice ale copilului, care presupune primordialitatea acordată nevoilor adultului sau ale copilului !!

Multe obiceiuri culturale care privesc mica copilărie sunt legate de caracteristicile mediului fizic natural sau artificial: nişa de habitat, mobilierul domestic, obiceiurile vestimentare, modalităţile de deplasare etc.

Descrise adesea de etnologi, aceste elemente intervin indirect, facilitând experienţe specifice pentru copilul mic.

Interesată de aceste aspecte, am urmărit direct în diferite ţări europene şi state ale Americii, cât şi în montaje video oferite de Institutul pentru Dezvoltarea Copilului şi

Bibliotecile de Cercetare ale Universităţii Minnesota,Columbia şi la un muzeu al copilului în Olanda într-o manieră comparativă, modul de acordare a îngrijirilor corporale (baia, suptul), obiceiuri şi tradiţii în creşterea copilului: modul de a purta copilul, învăţarea controlului sfincterian sau situaţii de joc, pentru a putea extrage parametrii de mediu cu rol în orientarea copilului. Am acordat o atenţie specială experienţelor de împărtăşire a intimităţii, de construire a siguranţei de sine şi încrederii în celălalt şi favorizării capacităţilor exploratorii, care să faciliteze ajustarea reciprocă, atunci când copilul ar fi adoptat dintr-o cultură în alta.

În funcţie de epocile istorice, nivelul tehnologiei, organizarea socială a societăţilor sau, mai ales, sistemul de valori (concepţiile legate de etichetarea de „succes" şi de „inteligenţă"), autori precum Ogbu (1981), Dasen (1985), Bril (1989, 1990, 1992), au punctat caracteristicile mediului care „orientează" experienţele copilului.

Ilustrarea acestui fapt o găsim pertinentă în studiile lui Devreux (1949), citat de Fergusson (1964), care raportează faptul că Mohavi presupunea că încă de la naştere copilul înţelege limbajul, deci nu există „limbajul stâlcit,al bebeluşului". Totuşi, în evasitotalitatea societăţilor, adultul îşi modulează nu numai discursul, dar şi înălţimea, intensitatea vocii, în funcţie de competenţele lingvistice ale copilului (Blount, 1982).

Interesul studiilor culturale comparative este dublu: a studia, pe de o parte, variaţiile experienţelor precoce ale copilului şi, pe de altă parte, consecinţele posibile ale acestor variaţii asupra dezvoltării pentru a extrage acel nucleu comun, absolut necesar unei dezvoltări sănătoase.

Fie că accentul este pus pe diversitatea contextelor şi experienţelor copilului (Rabain-Jamin, 1991; Super, 1981 etc.), fie pe universalitatea experienţelor precoce (Papousek & Papousek, 1989), culturile constituie un extraordinar „laborator natural", deşi, în acelaşi timp, trebuie diferenţiat cu rigoare.

Studiul comparativ sistematic al nişelor de dezvoltare a permis nu numai specificarea diversităţii experienţelor posibile ale copilului, dar şi diferenţierea în evoluţia comportamentului, relevată de organizarea mediului sau de procesul însuşi de dezvoltare.

O astfel de abordare ar putea evita anumite afirmaţii sau idei de cauzalitate care sunt emise „de la sine" fără o bază ştiinţifică demonstrată.

Luând exemplul somnului şi al controlului sfincterian, Harkness (1980) observă copiii din Kenya, punând în discuţie ideea general acceptată în anumite medii americane, că mărirea duratei somnului continuu de la 4 ore la 1 lună la 8 ore la 8 luni, ar fi un bun indicator al dezvoltării neurofiziologice a creierului.

BCU "LUCIAN BLAGA" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

La copiii Kikuyu, datorită obiceiului de a dormi în acelaşi pat cu mama şi de a fi alăptaţi la cerere, (obicei păstrat până târziu ca vârstă), nu poate fi observat acelaşi fenomen, cel puţin în primele 8 luni.

Această nişă de dezvoltare arată că există în alte contexte culturale, alte căi de dezvoltare, fără a se putea sugera diferenţe în dezvoltarea fiziologică.

În ceea ce priveşte controlul sfincterian, în anumite societăţi occidentale este admis ca „lege" implicită a dezvoltării că se obţine controlul înainte de 18 luni. În alte culturi, această învăţare trebuie să se termine în momentul stăpânirii mersului autonom (Brill şicolab., 1989; DeVries & DeVries, 1977; Jo, 1990). În aceste culturi metodele de învăţare a defecării şi micţiunii controlate încep din primele luni de viaţă. Deşi merită a fi amplu discutate, exemplele sunt date aici cu scopul de a menţiona că nu trebuie să considerăm copilul european sau din America de Nord drept „normă" sau martor al singurei traiectorii posibile a dezvoltării.

Nu abordăm problema efectelor pe termen lung ale experienţelor iniţiale, pentru că nu face obiectul acestei cărţi, ci subliniem că în etapa actuală a cunoştinţelor pe care le avem trebuie să abordăm orice intervenţie precoce în domeniul micii copilării în contextul cultural din care face parte nişa de dezvoltare. Există o mare probabilitate ca individul să-şi continue desfăşurarea ciclurilor vieţii în aceeaşi zonă şi cultură, care să-i ofere în acelaşi timp criterii de adaptabilitate ulterioară, având un sistem de referinţă de la care poate porni explorarea.

Mica copilărie constituie în majoritatea grupărilor culturale, un domeniu care nu se explică, nu se povesteşte. De aici şi dificultatea de a formula verbal concepţii pe care le putem avea despre „copilul în cotidian", adică în afara obiceiurilor sancţionate social, de ritualuri sau de medicina specifică micii copilării.

Ţările Europei şi Americii de Nord „compatibilizează" vârstele de dezvoltare cu aspectele anilor exprimaţi numeric. În alte culturi distingem „vârsta developmentală". Acest termen a fost definit de Colette Sabatier într-un studiu asupra mamelor din Haiti şi Vietnam, unde vârsta nu are valori numerice, ci este legată anumitor comportamente cheie ale perioadei considerate, ca de exemplu vârsta posturală (a menţinerii în şezând, a primilor paşi, sau vârsta apariţiei dentare—achiziţii sau evenimente din primul an).

Stimularea posturală şi motorie în cursul primului an, conceptele de „handling" şi „holding", au fost larg dezbătute în literatură.

„Handling" s-ar traduce în termenii lui Hopkins (1976) ca manipularea copilului în situaţii cotidiene: manipularea proximală senzorială a unui sugar din punct de vedere postural, motric şi răspunsurile comportamentale ale corpului acestuia prin juxtapoziţia celui aflat în

mâinile îngrijitorului. „Stimulările formale" sunt legate de noţiunile şi obiceiurile de creştere a copilului, luând forma masajelor şi gimnasticii, percepute diferit în diverse culturi (Bril, 1989; Jo, 1990; Hopkins, 1976; Reissland & Burghart, 1987; Stork, 1986).

Analiza fină a acestor manipulări face să rezulte nişte principii comune: a lucra la extensia articulaţiilor şi buna lor funcţionare, a încuraja copilul să-şi învingă teama prin suspensie, să achiziţioneze posturile motrice de bază ca şezând sau mergând, reprezintă concretizarea etnoteoriilor parentale referitoare la dezvoltarea motorie.

Dacă în grupul sociocultural se consideră că la prima aniversare copilul trebuie să meargă, nişa de dezvoltare va fi organizată mai mult sau mai puţin conştient, în aşa fel încât să ofere copilului situaţii de antrenare directă, dar mai general indirectă, în vederea acestei achiziţii.

Manipulările informale fac referinţă la maniera de a interacţiona în situaţii cotidiene ale practicii îngrijirilor (alimentaţie, somn, purtatul copilului, învăţarea controlului sfincterian) sau în situaţii de joc (interactiv, de balansare, de legănare, cântat). Aceste manipulări sunt mai larg dependente de mediul ecologic şi economic al societăţii.

Ideea „utilizării timpului postural" face referinţă la organizarea zilnică a poziţiilor unui copil de către un partener (în special în primele luni) sau poziţii adoptate de el însuşi.

Observaţiile de tip etologic utilizând „serii temporale" permit analiza anumitor comportamente şi frecvenţa apariţiei lor.

Noţiunea de „contact" între copil şi partener acoperă realităţi diverse, mergând de la „contactul suport", mai frecvent în primele luni, la un „contact de proximitate" (copil şi partener aşezaţi alături), trecând printr-un „contact de ajutor al posturii", care poate lua forme diferite în funcţie de situaţiile de interacţiune şi poziţii de somn.

Putem constata deci o mare diversitate de experienţe ale copilului depinzând de cultura căreia îi aparţine, de necesitatea gândirii experienţelor copilului în funcţie de constrângerile socio-economice, climatice şi subculturale ale grupului căruia îi aparţine.

Problematica pusă aici în discuţie se datorează cazurilor de copii confruntaţi momentan sau definitiv cu dificultăţi sau cu un handicap şi a căror nişă de dezvoltare se găseşte modificată mai mult sau mai puţin faţă de cea a copilului sănătos de aceeaşi vârstă, din aceeaşi cultură.

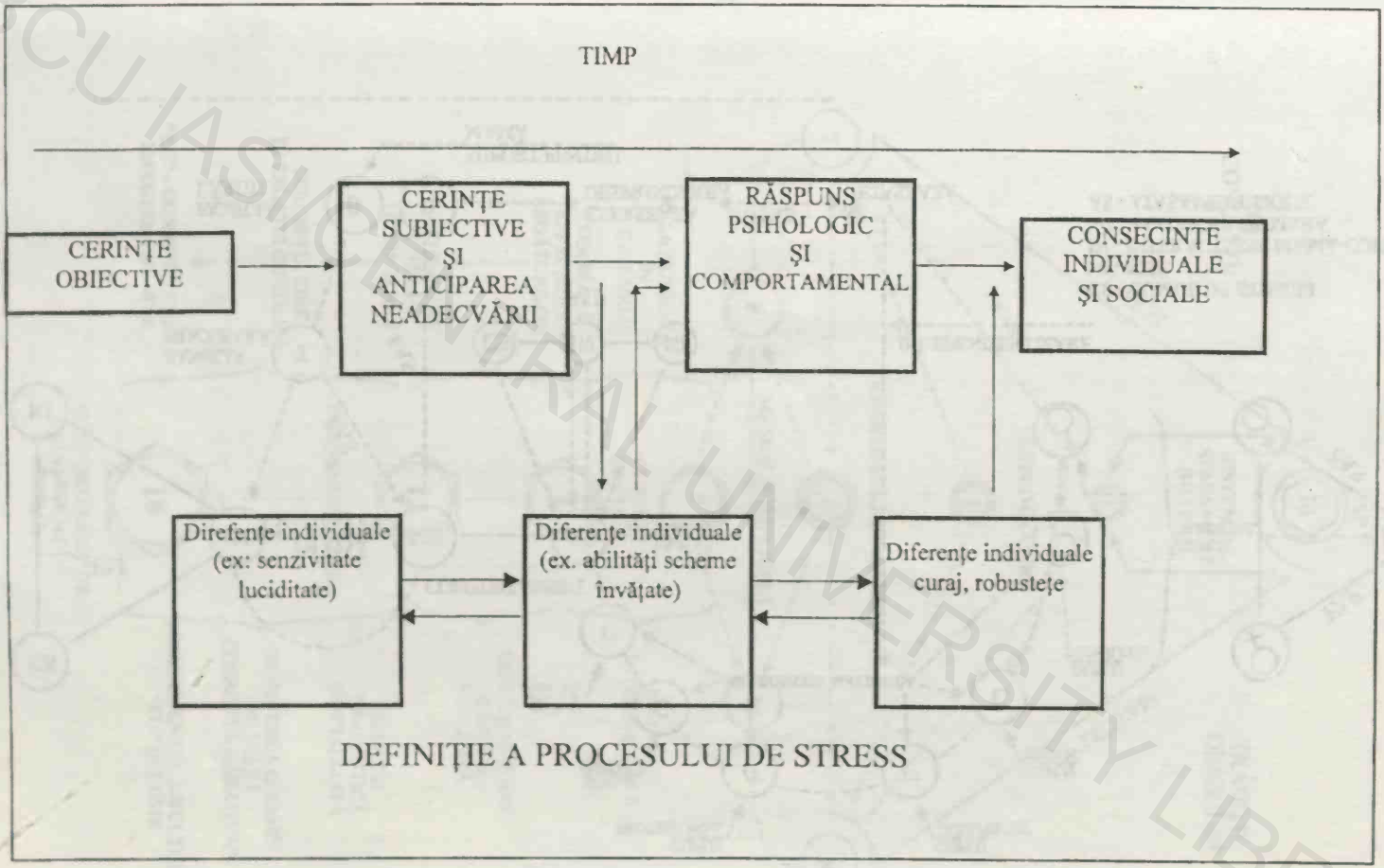
Cercetări în acest sens par indispensabile, pornind de la ipoteza că o disabilitate, indiferent care, nu numai că modifică capacităţile copilului, dar şi maniera în care anturajul său va percepe acest copil, nevoile lui, dezvoltarea sa etc.

BCU IASI BIBLIOTECA UNIVERSITARA

O organizare diferită a nișei de dezvoltare ar putea duce la restrângerea experiențelor din cotidian, cu repercursiuni asupra dezvoltării copilului care s-ar adăuga handicapului propriu-zis (prin supraprotecție sau stimulare subliminară sau dimpotrivă supraliminară).

Pare astfel necesar și esențial, atunci când abordăm dezvoltarea senzorio-motorie, cognitivă, socială sau afectivă a copilului, de a-l situa într-un cadru global, lărgind noțiunea de cultură la grupuri având anumite trăsături comune, ca cei din mediul instituțional (creșe, spitale) sau mediul familial cu un copil handicapat.

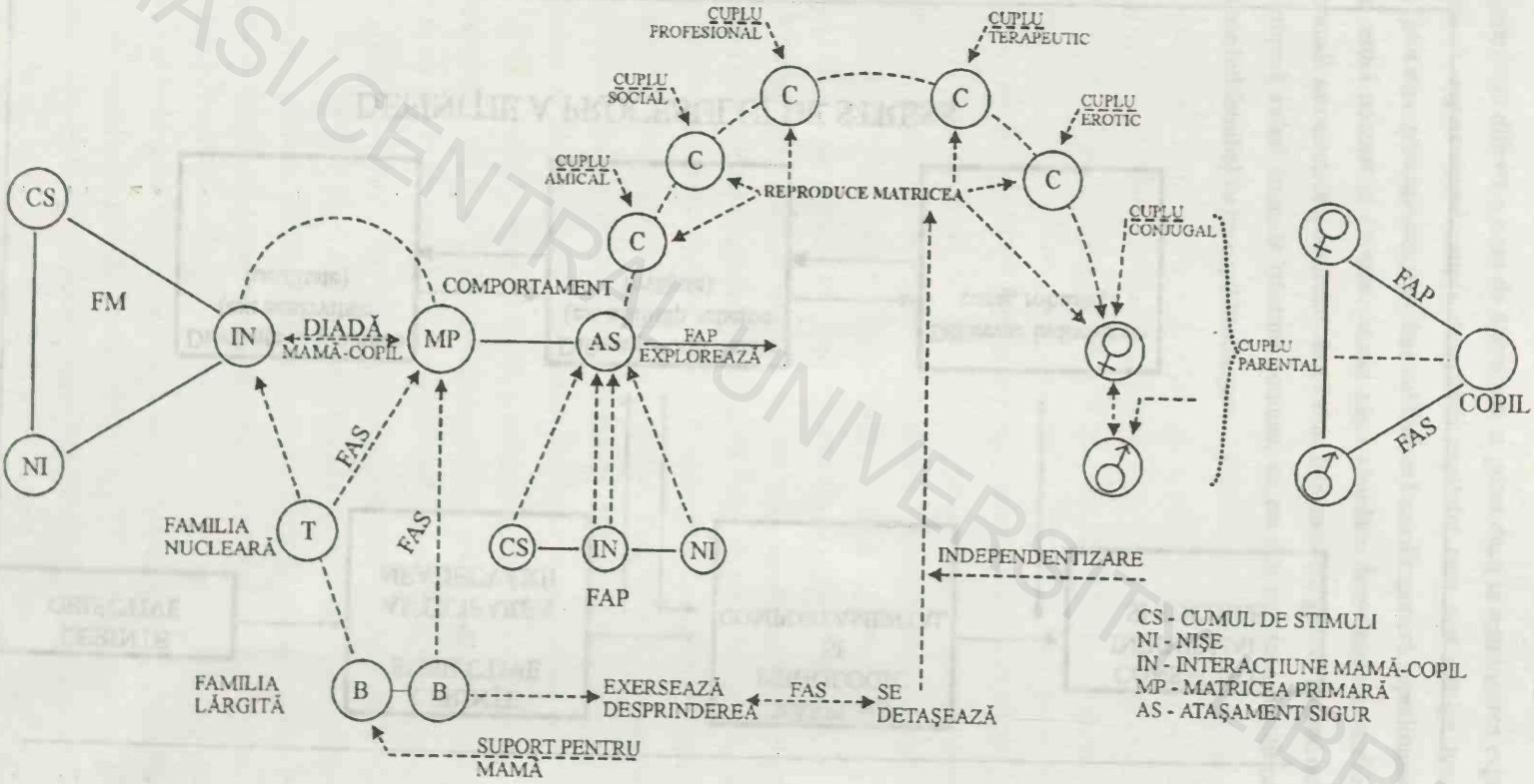
BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY



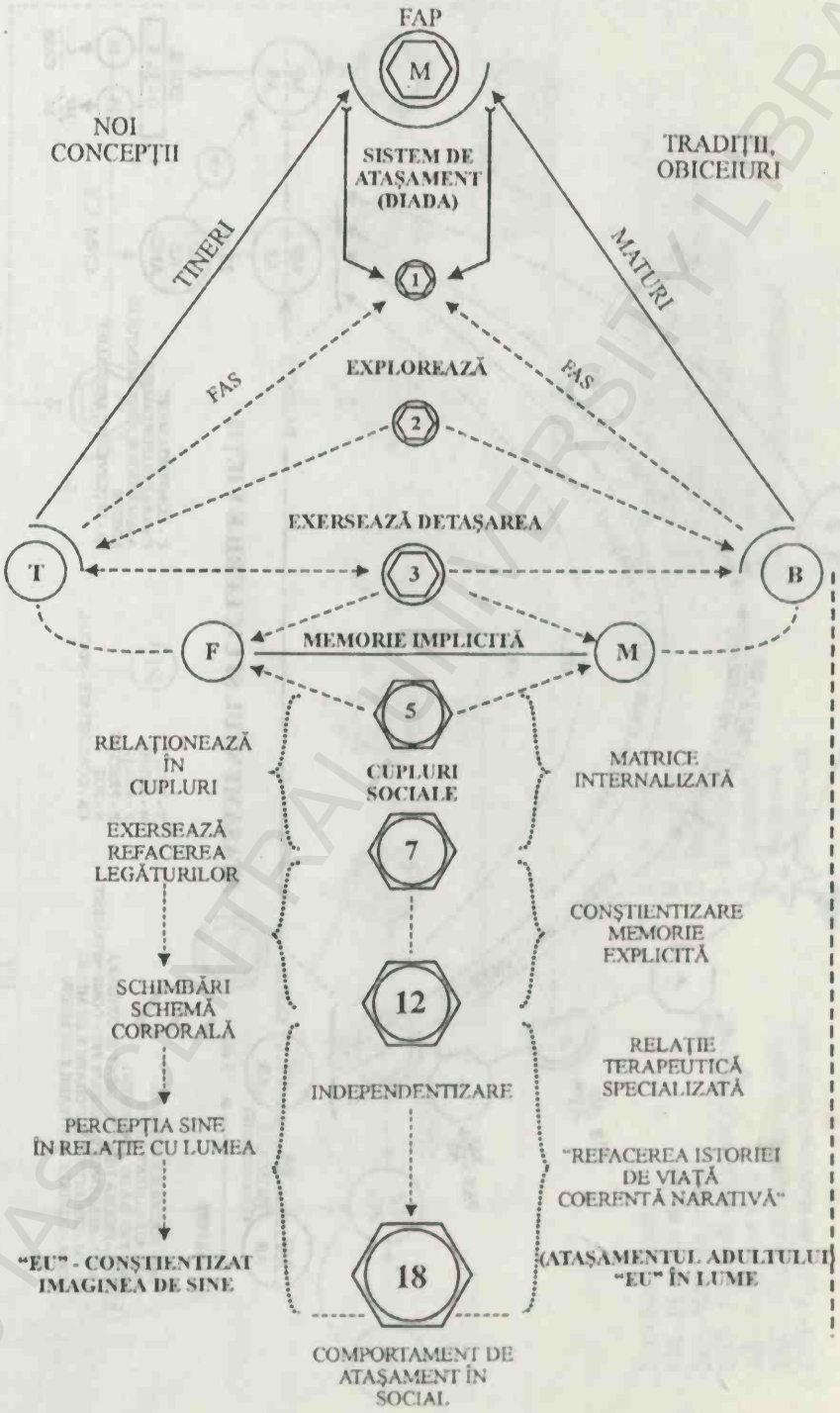
DEFINIȚIE A PROCESULUI DE STRESS

(schemă adaptata după Mitchell 1992)

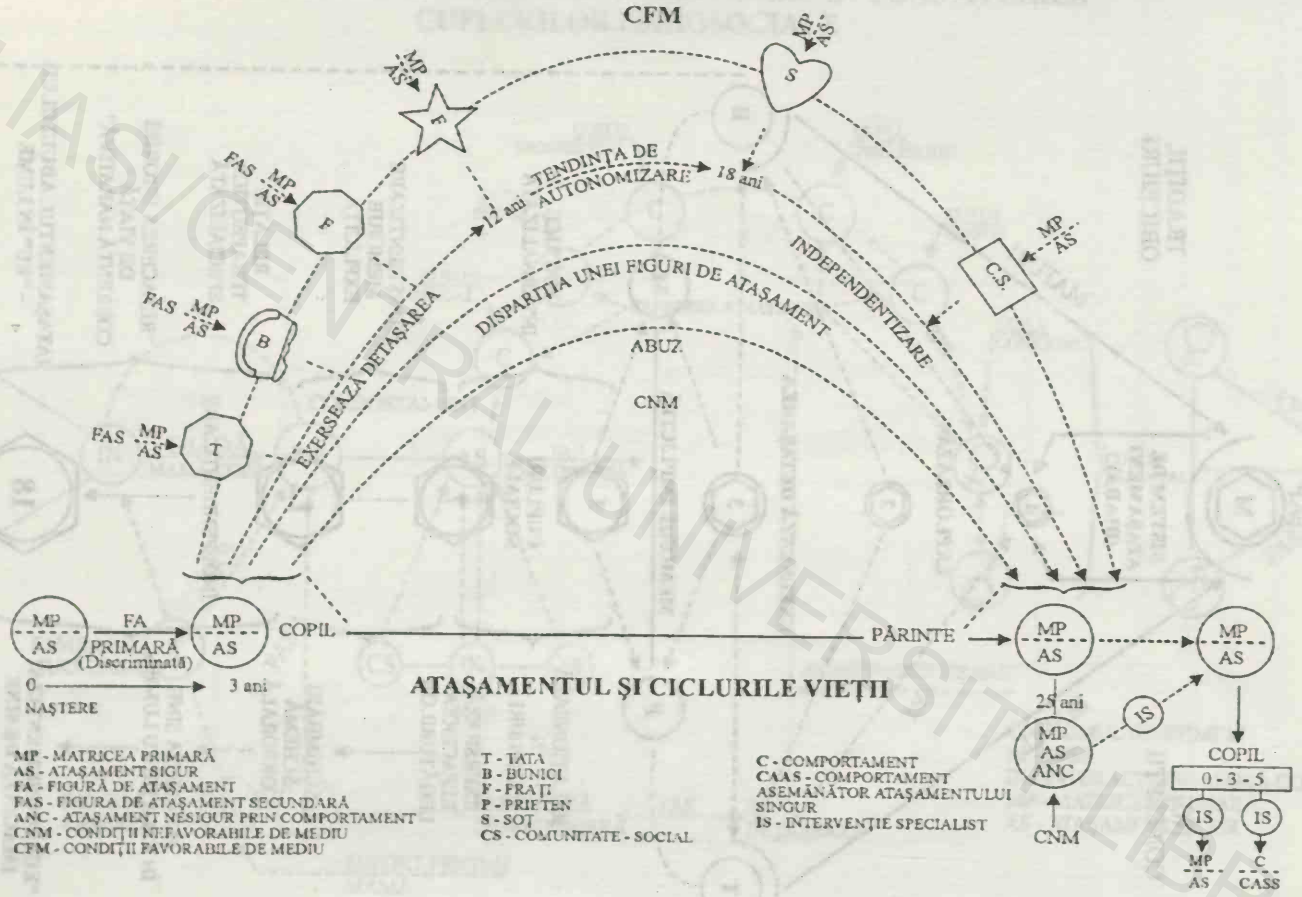
ROLUL FIGURII DE ATAŞAMENT SECUNDARE ÎN CONSTITUIREA CUPLURILOR PSIHOSOCIALE



SISTEMUL DE ATAŞAMENT ŞI DINAMICA RELAŢIILOR SOCIALE

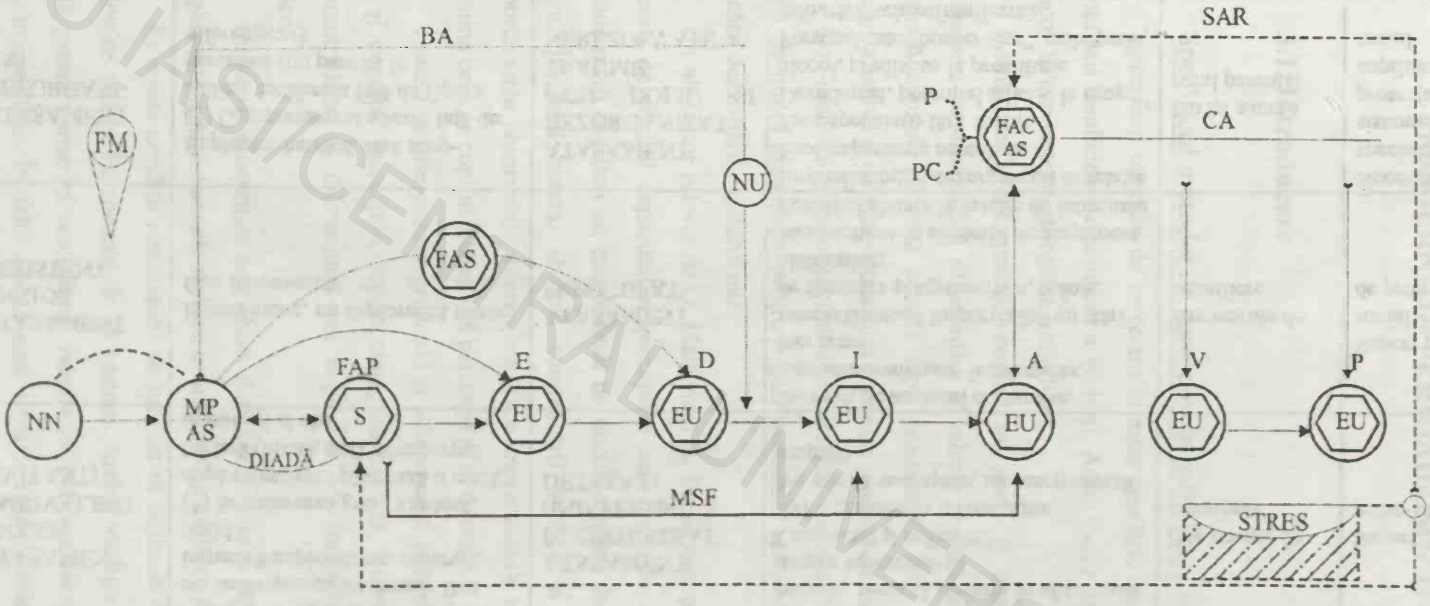


BCU "ASCHIM CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY



BCU IAȘI CENTRAL UNIVERSITAR LIBRARY

ETAPE ÎN DEZVOLTAREA NORMALĂ A PERSONALITĂȚII INDIVIDULUI
DIN PERSPECTIVA ATAȘAMENTULUI



NN - Nou născut
FM - Factor de mediu
MP - Matricea primară
FAP - Figura de atașament principală
AS - Atașament sigur
FAC - Figură de atașament în cuplu
FAS - Figură de atașament secundară

S - Securizare
E - Explorare
D - Detașare
I - Încredere în sine
A - Autonomizare
V - Valorizare
P - Performanță

BA - Figura de atașament blochează autonomizarea
MSF - Mediu serial favorabil
CA - Condiții de afirmare (social și profesional)
SAR - Securizare afectiv relațională
P - Prieten
PC - Partener de cuplu conjugal

BCU IAȘI CENTRALĂ UNIVERSITARĂ LIBRARY

Transmiterea intergenerațională a tipurilor de atașament

COPIL		ADULT		PĂRINTE	
ATAȘAMENT SIGUR	Folosește părintele ca bază sigură pentru explorare (detașare, autonomizare) (*) Reconfortat de reîntâlnirea cu figura parentală e gata să repare refacă o legătură temporar întreruptă/"colează în îmbrățișare"	ATAȘAMENT AUTONOM	Asimilează în mod *coerent* și poate descrie experiențele proprii de atașament Flexibilitate în interacțiune Capabil de refacerea sistemului cu scop adaptativ Procesele de atașare/ detașare le face cu ușurință	Își asumă rolul de părinte empatic (plăcere împărtășită)	Se poate descurca fără sprijin: • Independent • Autonom • Creativ în relația cu copilul
ATAȘAMENT ANXIOS AMBIVALENT (EVITANT)	Nesigur în explorare, revine sau nu, se desprinde de mamă; fără inițiativă exploratorie, rezervat, timid (*) Se calmează greu, vigilent, după reîntâlnire păstrează o mică barieră (mână, cot) între corpul mamei și al său *	ATAȘAMENT DEZINTERESAT (INDIFERENT DETAȘAT)	Idealizează sau ignoră experiențele cu părinții: persistă obsesiv în afirmațiile despre aceste relații Contractat și inflexibil Evită intrarea în interacțiune Nu știe să se atașeze, nu reacționează empatic	Are nevoie de consiliere	Suport psiho-social
ATAȘAMENT ANXIOS REZISTENT	Hiperkinetic, nu explorează sau o face inconsistent	ATAȘAMENT PREOCUPAT	Invadați de amintiri dureroase, supradimensionate, inconstante; incoerent Interacționează imprevizibil cu stări de frustrare și agresivitate, mânie, histrionism Nestructurat în sistemul de atașament Potențial abuziv în relația de intimitate	Are nevoie de consiliere	Suport psiho-social + Sistem de protecție
ATAȘAMENT DEZORGANI-ZAT	Explorare haotică, fără scop (*) Comportament adeziv față de străini, indiferent față de figura parentală (nu pare să le diferențieze)	ATAȘAMENT DEZORGANIZAT ("CU DOLIU ȘI TRAUME NEREZOLVATE")	Imprevizibil și dezorganizat în relație Face experiențe nerealiste Face speculații fără suport Dezadaptat, potențial adictiv la drog, alcool, predispus la prostituție Personalitate "border line", psihopatie, tulburări, schizofreniformă	Nu își asumă rolul parental	Necesită în mod special sprijinul sistemelor de protecție a copilului, suport social

.* în "Strange situation"

CAP III. PERSPECTIVE ŞI METODE DE CERCETARE CLASICE ŞI MODERNE ÎN PERIOADA MICII COPILĂRII

3.1. Introducere

Specificul metodei de cercetare în psihologia micii copilării

Specificul metodei de cercetare în mica copilărie este determinat în primul rând de absenţa sau insuficienta dezvoltare a vorbirii. Acest factor devine într-o oarecare măsură un obstacol în cunoaşterea ştiinţifică a copilului.

Înainte de 3 ani, practic, copilul nu poate fi investigat verbal. Sau trebuie să recunoaştem ca este dificil să acordăm o valoare precisă răspunsurilor verbale pe care le furnizează copilul. Datorită acestui fapt, principalele teste de inteligenţă, de limbaj, de maturare afectivă şi de motricitate sunt etalonate şi se aplică după vârsta de 3 ani.

Nou-născutul, sugarul şi copilul mic trebuie studiat altfel. Cercetătorii au trebuit să dea dovadă de multă imaginaţie pentru a găsi metodele, căile adecvate în vederea descrierii şi explicării dezvoltării copilului mic.

Un alt factor relevat de G. Malcent şi A. Pomerleau este cel constatat de cercetătorii interesaţi de studiul capacităţilor perceptive sau cognitive ale sugarului şi anume că în perioada micii copilării nu există decât un număr restrâns de unităţi de răspuns pentru a le măsura. În felul acesta, absenţa comunicării verbale şi a unui repertoriu redus de comportamente observabile diferenţiate, face impracticabile mijloacele tradiţionale pentru a determina ceea ce copilul reuşeşte să perceapă şi să distingă.

Toate funcţiile psihice grupează şi structurează psihomotricitatea care este în acelaşi timp şi cogniţie (percepţie, reprezentare, inteligenţă), motricitate, dar şi afectivitate. Din psihomotricitate se diferenţiază net după trei ani funcţiile cognitive, afective, volitive, motrice.

Starea de imaturitate neuromusculară a sugarului şi chiar a sugarului mic, nu-i permit să organizeze comportamente motrice coordonate ca mijloace de răspuns.

În aceste condiţii cercetătorii au început să utilizeze o serie de unităţi de răspunsuri fiziologice relativ funcţionale de la naştere. Astfel, variaţia ritmului cardiac, de exemplu, capătă pentru numeroşi cercetători, valoare de indice a manifestării proceselor psihologice altfel inaccesibile. În felul acesta sunt studiate răspunsurile sistemului cardio-vascular la

schimbările condițiilor externe precum și la stările psihologice interne. Se studiază, astfel, manifestările adaptative ale organismului la influențele mediului extern.

Relația mamă-copil, dominant prezentă mai ales în primul an de viață, creează necesitatea investigării nu numai a copilului, ci și a relației. Copilul este integrat în această relație și nu poate fi separat fără să apară consecințe negative. La început este relația și de aceea orice metodologie am utiliza, ea trebuie să fie modelată pe relația mamă-copil. Această relație, care exprimă de fapt nevoia înnăscută de celălalt, determină specificitatea metodelor și tehnicilor de cercetare în mica copilărie.

Inventarul metodelor de cercetare și clasificarea lor

Constatăm că *observarea* longitudinală și / sau transversală, în situații "naturale" a comportamentelor "spontane" a constituit mult timp singura noastră sursă de informație. Paralel cu observația au fost utilizate și o serie de alternative, printre care amintim *jurnalele* cu notații din viața cotidiană.

Cu toate că cercetătorii de azi recurg sistematic la tehnici de înregistrare și la metode experimentale uneori destul de sofisticate, totuși nu au renunțat la observație. Ea permite ca în cursul experimentelor să releve situații neprevăzute care ridică probleme noi. Legat de metoda observației s-au dezvoltat în ultimele decenii, metodele și tehnicile ethologice de investigare a micii copilării.

Plecând de la observația clasică, J.Piaget a elaborat și fundamentat "metoda clinică" care, așa cum vom vedea, combină în mod fericit observația cu experimentul.

Un loc important în rândul metodelor de cercetare și mai ales de evaluare a nivelului dezvoltării psihomotrice, îl ocupă *scările de dezvoltare* sau baby-tests, care-și propun să asigure prin validarea, fidelitatea și standardizarea probelor, caracterul obiectiv al cercetării și să introducă cuantificarea și în studiul micii copilării.

Experimentul în cercetarea micii copilării, cu întreaga tehnică electronică modernă, nu a început să fie utilizat decât în ultimii cincisprezece ani.

În mare, metodele clasice de cercetare în domeniul micii copilării pot fi grupate astfel:

- metoda observației cu alternativele sale de tipul jurnalelor zilnice;
- metode ethologice;
- metoda clinică elaborată de J. Piaget;
- scările de dezvoltare (0-3 ani);
- metoda experimentală de investigare a copilului până la 3 ani.

3.2.Metoda observaţiei

Definire şi caracteristici

Metoda observaţiei este metoda de cercetare cea mai veche şi, totodată, cea mai utilizată în studiile de psihologie a copilului mic. Aceasta utilizează în investigaţie *procesul observării*, care este un proces de *urmărire atentă* şi *sistematică* a unor obiecte şi fenomene propuse să fie studiate. Ea constituie, de fapt, *procesul de percepere* în activităţile de cercetare în vederea cunoaşterii şi este prezentă în orice metodă de colectare a datelor în cercetare.

În primul rând observarea ştiinţifică se aplică, de regulă, în mod *planificat* în funcţie de scopul urmărit. Ea este *întreţinută* în sensul că se repetă şi se insistă în perceperea obiectului şi fenomenului propus. Mai mult, ea este *lărgită* urmărind să cuprindă la maxim contextul în care se găseşte obiectul sau fenomenul urmărit.

Observarea ştiinţifică este *perfecţionată* prin diferite tehnici şi instrumente de înregistrare cât mai obiective, în funcţie de interesul cercetătorului.

Procesul de observare ştiinţifică furnizează cercetătorului o serie de observaţii. Ce este o observaţie ? Este un *rezultat* al activităţii, al procesului de observare, este o *cunoştinţă* dobândită printr-o activitate de observare, este în ultimă analiză, *o constatare.*

Observaţiile pot fi "pasive", "spontane" când se ajunge la ele în mod întâmplător, sau pot fi "active" când cercetătorul este preocupat să obţină informaţii.

În concluzie, cu ajutorul metodei observaţiei ca metodă ştiinţifică în psihologia copilului, se obţin în mod nemijlocit informaţii, cunoştinţe, constatări despre obiectivul propus cercetării.

Fiind o metodă de cunoaştere bazată pe perceperea directă a realităţii, nivelul la care se realizează depinde de scopul urmărit, variind de la simple constatări şi impresii, până la descoperiri şi valorificări ale noului.

Formele observaţiei

Observaţia ca metodă de investigare şi cercetare prezintă o serie de forme:

Măsurarea este forma de observaţie cu cel mai mare grad de "obiectivitate" sau cum spun unii autori de "caracter ştiinţific". Evenimentul nu este numai observat, ci este şi " măsurat sau înregistrat" cu ajutorul unui aparat.

Observaţia ascunsă a dus la cele mai multe descoperiri în psihologie. Pentru a evita comportamentul neautentic, sunt folosite dispozitive cu ajutorul cărora psihologul urmăreşte

BCU IASI CENTRALA UNIVERSITARA

subiectul fără a-l incomoda. (exemple: paravane, camere video ascunse, „one-way-mirror" etc.).

Observația activă în care observatorul participă activ la activitatea care preocupă subiecții, fără a exista diferențe între statutul observatorului și cel al subiectului.

Observația de grup folosește un număr mai mare de subiecți, studiind în special relațiile interumane.

Supervizarea care implică participarea unui supervizor în calitate de observator, în special în procesul învățării.

Valabilitate și limite

Valabilitatea rezultatelor obținute cu ajutorul metodei observației depinde de experiența observatorului, de claritatea scopului, de gradul de organizare, sistematizare și fixare a datelor, de analiza și interpretarea lor pe baza unei ipoteze, de confruntarea mai multor observații.

Observația utilizată de observatori riguroși, perspicace și ingenioși ca: Gesell, Wallon, Guillaume sau Piaget, a oferit date fundamentale în domeniul cerecetării micii copilării.

Trebuie să arătam că și azi când cercetătorii recurg sistematic la tehnici de înregistrare și la metode experimentale, uneori destul de sofisticate, totuși ei nu au renunțat la metoda observației. Observarea permite în cursul experimentelor să sesizeze situații neprevăzute, forme variate de răspuns și să contribuie la descoperirea unor aspecte noi.

În ceea ce privește limitele acestei metode, François Bresson [ ] arată că observația simplă nu este suficientă mai ales din două motive:

- observațiile - ca rezultate ale procesului de observare, nu au întotdeauna valoare probatorie, și aceasta pentru că nu putem izola ușor variabila independentă;
- observarea ca metodă nu poate crea condițiile de apariție a fenomenelor din mediul natural, pe care dorim să le cercetăm.

Putem să mai adăugăm că în multe cazuri intervine subiectivismul observatorului și relativismul criteriilor de apreciere.

Centre de cercetare a micii copilării în care metoda observației a fost utilizată sistematic

Un centru important, a cărui metodă generală a fost observația sistematică a comportării spontane a copiilor mici a fost cel condus de Ed. Claparede de la Geneva. În

BCU MS/OE TIRGU MURES UNIVERSITY LIBRARY

şcoala genoveză apar studii temeinice asupra limbajului, gândirii, reprezentării copilului, elaborate de J. Piaget, Descoendres, Loosli-Usten, Doltrens, Baudouin, Walther, Godin etc.

Cercetările au avut ca teren vestita şcoală de aplicaţie "La maison des petits" care funcţiona sub egida Institutului J.J.Rousseau – înfiinţat în 1912 şi afiliat Universităţii din Geneva în anul 1929.

Un alt centru în care metoda observaţiei s-a bucurat de o atenţie deosebită este *Centrul vienez* condus de profesorul K. Bühler şi continuat cu succes de soţia acestuia, Charlotte Bühler. Ea a încercat să depăşească stadiul jurnalului şi pe cel al observaţiei sistematice (fără însă să renunţe la observaţie) sub influenţa cercetărilor experimentale iniţiate în SUA de Gesell. Spre deosebire de centrul genovez, care era preocupat de interpretarea lumii copilului, cercetările vieneze se orientau spre o direcţie nouă şi anume aceea a determinării obiective şi cantitative a nivelului de dezvoltare a copilului mic.

În SUA, cele mai importante centre de cercetare a micii copilării au fost conduse de J. Anderson şi A. Gesell.

În centrul condus de J. Anderson la Universitatea din Minnesota, se organizează o observaţie sistematică condusă în familie, observaţie care urmăreşte să completeze metoda experimentală care începe să primeze. Printre colaboratorii lui J. Anderson amintim pe Goodenough, Foster, Shirley, Olson, Atkinson.

A. Gesell, directorul "Clinicii de dezvoltare a copilului" de pe lângă Universitatea din Yale, utilizează metoda observaţiei alături de alte metode în scopul decelării factorilor care determină evoluţia şi dezvoltarea copilului privit în contextul său natural de viaţă.

Unde trebuie să observăm copilul mic?

Mult timp s-a considerat că observarea tulburărilor unui copil mic trebuie făcută în afara mediului familial, pledându-se pentru observaţia în spital sau în instituţie. Dacă copilul mic nu suportă separarea, atunci consultaţia sau testarea se face în prezenţa mamei care securizează copilul.

Se justifică această poziţie prin perspectiva clinică datorată faptului că, de regulă, copilul adus spre examinare provenea dintr-o situaţie psihopatogenă sau dintr-o familie în care copilul era fie supraprotejat, fie abuzat sau neglijat.

Există autori care susţin că observarea copilului mic trebuie făcută la domiciliu de educatoare şi infirmiere specializate, de asistentele sociale, rar de psiholog şi psihiatru de copii.

BCU "ION CREANGĂ" UNIVERSITY LIBRARY

Numeroşi cercetători susţin că observarea copilului trebuie să se realizeze în mediile naturale în care trăieşte copilul; această tendinţă de a observa copilul mic în mediul său natural devine terenul de elecţie al etnologilor. Amintim aici pe B. Malinowski care a fost primul etnolog care a aplicat analiza psihologică şi mai ales observaţia psihologică la creşterea şi educarea copiilor mici în mediile lor naturale. Bazat pe teoria sa funcţionalistă el publică două lucrări de referinţă în domeniu: " The family among the Australian Aborigines" (1913) şi „Argonauts of the Western Pacific" (1922). Pe baza observaţiilor sale el formulează teza că nevoile crează cultura iar elementele culturale sunt interdependente.

M. Mead studiază legătura dintre diferitele nivele de educaţie ale copilului şi dezvoltarea personalităţii. Astfel, în lucrarea " Coming of Age în Samoa" (1928) Mead explică absenţa crizei de adolescenţă a fetelor din insula Samoa – contrar a ceea ce se întâmplă în Occident – prin maniera în care ele sunt crescute.

A. Kardiner în lucrarea " The Individual and His Society" (1939) studiază raporturile dintre dezvoltarea personalităţii şi instituţiile sociale. El demonstrează pe bază de observaţii că "personalitatea de bază" depinde de atitudinile parentale care la rândul lor depind de societate şi cultură.

În structuralismul său C. Levi-Strauss consideră, individul, deci şi copilul mic, sau mai precis copilul mic, că devine într-un anumit sens obiectul sistemului său cultural. În felul acesta etnologia a devenit antropologie socială şi culturală. Este momentul în care se iveşte interesul pentru psihiatrie. Apare şcoala de la Palo-Alto, impulsionată de etnologul G. Bateson şi psihanalistul D. Sackson, care studiază comunicarea interumană.

Mai amintim, în fine, Şcoala ortogenică a lui Bettelheim, care face observaţii mai multe zile în familiile copiilor autişti. În felul acesta se culege un bogat material faptic antropologic care distinge relaţii interpersonale cu caracter şi potenţial psihopatologic.

Toate aceste lucrări şi studii, care se bazează în mare măsură pe metoda observaţiei permit să definim mai precis ce este mediul natural al copilului şi din ce este el alcătuit. Copilul mic creşte între oameni şi lucruri cu atitudinea antropologică de a nu schimba nimic din materialul ce-l înconjoară.

Cine trebuie să facă observaţia?

Metoda observaţiei ca metodă de cercetare trebuie utilizată întotdeauna în mod profesional. Observarea copilului trebuie făcută de psihologi competenţi.

Putem să dăm câteva exemple de lucrări elaborate dominant cu ajutorul metodei observației și care au rămas și astăzi lucrări de referință.

Citățm, în primul rând două lucrări ale lui H. Wallon, una publicată în 1925 "L'enfant turbulent", alta apărută în 1949 "Origines du caractere chez l'enfant". Citățm, în al doilea rând observațiile făcute asupra celor 3 copii ai săi, observații care constituie pentru J. Piaget sursa principală pe care se bazează "La representation du monde chez l'enfant" (1926) și "La naissance de l'intellingence chez l'enfant" (1936).

Amintim de asemenea sistematizarea observațiilor cu privire la dezvoltarea copilului mic pe plan motor, verbal și adaptativ făcută de A. Gesell care i-a permis să elaboreze un atlas al comportamentului copilului mic: "How a Baby Grows" (1945) și "The Child From Five to Ten" (1946).

În zilele noastre, metoda observației a dobândit și o altă dimensiune – acea a ethologiei. Această știință a studiului comportamentului animal (Lorentz, Tinberger) a început să fie aplicată azi și la activitățile spontane ale copilului. Cartea lui H. Montagner (1978), ilustrează posibilitățile observării în acest gen de lucrări.

T. Brazelton (1981), utilizând metoda observației, studiază comportamentele nou-născutului încercând să le diferențieze după cum ele se adresează mamei, tatălui și unui străin, chiar în primele săptămâni de viață.

Toate aceste lucrări, unele dintre ele devenite fundamentale pentru psihologia micii copilării, s-au bazat pe metoda observației. Toate aceste exemple devin pentru noi argumente pentru susținerea importanței și demonstrării posibilităților pe care le are metoda observației ca metodă de cercetare. Adăugăm, însă, că totul depinde de profesionalismul și competența cercetătorului, a celui care observă.

Jurnalul de dezvoltare al copilului, expresia utilizării permanente a metodei observației

Unul din rezultatele aplicării metodei observației zi de zi, a fost elaborarea unor jurnale de dezvoltare a copilului – biografiile copiilor. Una din primele tentative de observare sistematică a dezvoltării copilului este aceea a lui Ludovic al XIII-lea. Jurnalul este redactat de J. Herduard, medic de curte, între anii 1601 și 1628. Acest jurnal nu a fost publicat decât în secolul al XIX-lea.

Daniel Stern, unul dintre creatorii psihologiei moderne a copilului, a întreprins împreună cu soția sa, Clara Stern, cercetări sistematice, notând zi de zi observații asupra

BCU "Ion Creangă" UNIVERSITY LIBRARY

dezvoltării psihologice a propriilor copii. Observaţiile cuprinse în acest jurnal au fost prezentate şi comentate în lucrările lor de sinteză.

În 1907 apare celebrul jurnal al lui E. G. Scupin ("Bubi's Erste Kindheit", Leipzig) urmat de numeroase studii asupra individualităţii copilului mic, care utilizează tehnica jurnalului. Jurnale de o valoare evidentă pentru cunoaşterea copilului mic ne oferă Neuzebauer, Humphrey şi Guillaume etc.

Tehnica jurnalelor a fost criticată mai ales de centrul vienez care reproşează unor părinţi lipsa lor de obiectivitate şi de profesionalism, deoarece ei notează anumite comportamente, într-o ordine determinată subiectiv, care pot interfera realitatea achiziţiilor copilului.

Totuşi, se recunoaşte că cercetările bazate pe notarea zilnică a comportării copilului "au o valoare incontestabilă, mai ales pentru mica copilărie unde dificultăţile cercetării sunt extrem de pronunţate" (D. Tudoran, p. 243)

Jurnalul, ca tehnică a notării observaţiilor zilnice asupra dezvoltării copilului mic, nu şi-a pierdut actualitatea nici astăzi. Ţinerea jurnalului intră în obligaţia profesională a personalului care se ocupă cu îngrijirea şi educarea copiilor mici din instituţiile de profil (la noi, în centrele de plasament, Casa cu Ferestre Deschise, creşe, în familiile de asistenţi maternali, în spitale etc.)

Echipa de la Institutul Pikler-Loczy, Budapesta, acordă o mare importanţă jurnalului ţinut de puericultori, elaborând o întreagă tematică şi metodologie pentru acest tip de înregistrare scriptică pentru copilul instituţionalizat, ca modalitate de monitorizare a copilului şi de pregătire continuă, cât şi de supervizare.

Reguli de bază în scrierea jurnalelor, ca aplicare a metodei observaţiei în mica copilărie:

- observaţiile trebuie făcute regulat şi repetate în mai multe reprize,
- pentru a putea să le utilizăm şi să le analizăm, observaţiile trebuie notate cu acurateţe,
- observaţiile notate trebuie să fie: *concrete* şi să corespundă faptelor,
- trebuie să notam ceea ce face şi ceea ce zice copilul,
- nu trebuie să substituim faptele cu aprecierile noastre,
- trebuie să notăm astfel ca la o recitire să putem reconstitui, să "vedem" ca la un mic film, imagini care se derulează în faţa noastră; fiecare cititor trebuie să-şi poată imagina ceea ce s-a întâmplat

BCU "SIGHETU MARMAŢIEI" UNIVERSITY LIBRARY

Când trebuie să notăm observaţiile

Observaţiile vor fi exacte, dacă observatorul le notează imediat. Observaţiile notate câteva zile după, sunt deja lapidare, doar cu elemente care au impresionat memoria noastră, pot fi deformate şi, de regulă, îşi pierd din autenticitate. Dacă avem un scop precis pentru observarea noastră, atunci trebuie să fim cu creionul şi hârtia în mână notând ceea ce vedem şi auzim.

Utilizarea observaţiilor

Observaţiile notate pot fi analizate şi comparate în vederea formulării unor concluzii cu privire la un copil sau grup de copii.

Analiza faptelor concrete ne permite să apreciem comportamentul copilului. De asemenea, putem să ţinem cont de ceea ce copilul a făcut sau ştie să facă şi de ceea ce urmează şi trebuie să facă.

Ghid pentru cei care fac observaţii şi ţin jurnalul individual al copilului

Prezentăm acest ghid după documentele echipei Dr. Emmi Pikler-Loczy, Budapesta, deoarece ni se pare cel mai apropiat de concepţia noastră cu privire la jurnalul individual al copilului.

Ghidul Pikler-Loczy nu este un chestionar, ci este o tematică orientativă pentru observatori, pentru ca afirmaţiile notate să fie susţinute de anumite observaţii concrete.

Planul observaţiilor

Introducere: evenimentele importante din viaţa copilului (boală, izolare, schimbare de personal, schimbare de hrană, schimbare de program, un nou pat, un nou loc de joacă, relaţii cu alte persoane necunoscute etc.)

1. Starea afectivă

2. Relaţia cu adulţii

- cu figurile constante,
- cu alte persoane.

3. Comportamentul în timpul îngrijirilor

- în timpul mesei,
- în timpul băii, îmbrăcării etc.

4. Motricitatea

5. Dezvoltarea intelectuală

- atenţia, interesul,
- înţelegerea vorbirii, vorbirea,
- observarea mâinii, manipularea, jocul,

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

- participarea la programele organizate,

- creşa,

- plimbare,

- excursie.

6. Relaţii cu alţi copii

7. Somnul

8. Mişcări ritmice, sugerea degetului, manipulări ale altor părţi ale corpului

9. Control sfincterian

10. Manifestări individuale, voinţa, identitatea personală, obişnuinţe.

Recapitulare

În continuare vom lua fiecare punct al planului şi vom da indicaţiile corespunzătoare.

1. *Starea afectivă*

Expresia feţei: Cum îşi exprimă bucuria? În ce condiţii este el mai trist? Când plânge? Frecvenţa stării de plâns. Durata plânsului (înainte de a adormi, noaptea, la deşteptare, în cursul unor îngrijiri etc.) Ce facem pentru încetarea plânsului? Rezultatul.

Caracteristicile plânsului (furios, afectat, disperat)

Cum se ajunge să fie calmat copilul?

Cum îşi exprimă oboseala? (îşi suge degetul, plânge, se leagănă etc.)

Are unele frici? De ce anume îi este frică? Cum îşi manifestă frica? (plânge într-un fel sau altul)

Cum reacţionează la eventualele schimbări intervenite? (schimbarea echipei de lucru, a camerei, a patului etc.)

2. *Relaţiile cu ceilalţi*

a) cu echipa de lucru

Cum este comportamentul său faţă de persoanele constante de ataşament (priveşte, surâde, răspunde la provocări etc.) Reacţia sa în caz de schimbare a acestui personal.

Cum reacţionează dimineaţa când se trezeşte? Arată bucurie că se întâlneşte cu "bunica", în timpul îngrijirilor? Caută contactele? Cum reacţionează la iniţiativele personalului din echipa de lucru? Cere ajutor în unele contexte şi cum? (plânge, sau în alt fel) Cum se separă seara când trebuie să se culce? În ce moment este mai disponibil cu personalul din echipa de lucru?

Face diferenţe faţă de diferite persoane din echipa de lucru? Cum?

Este gelos? Cum se manifestă?

BCU "SOCRATE" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

b) cu alţi adulţi

Care sunt reacţiile sale cu alte persoane?

Care sunt relaţiile sale cu alţi adulţi străini care vin să viziteze instituţia sau se întâlnesc în timpul plimbării?

3. *Comportamentul în timpul îngrijirilor*

a) Mesele. Probleme generale

Comportamentul său înainte de masă. Este calm, nerăbdător, indiferent, tensionat?

Îşi dă seama şi ştie că se pregăteşte masa? Dacă da, cum se manifestă?

Care este comportamentul în timpul mesei? (mănâncă cu plăcere, cu aviditate, cu indiferenţă etc.)

Are preferinţe particulare cu privire la calitatea mâncării? (mai mult sau mai puţin caldă, mai mult sau mai puţin dulce etc.) Cum se manifestă?

Are el o manieră particulară când refuză mâncarea? (întoarce capul, nu mai deschide gura etc.)

Mănâncă el în acelaşi fel cu fiecare din personalul din echipa de lucru?

Cum se face el înţeles că vrea unele avantaje (arată cu degetul şi privirea, pronunţă etc.)

Are preferinţe, are aversiuni? Cum se manifestă?

b) Suptul

Tehnica de a suge, cum suge? (lent, avid, regulat, cu întreruperi etc.)

Comportamentul său înainte de supt? (face mişcări ale capului, se întoarce către sticlă etc.)

Comportamentul său în timpul suptului? (este nerăbdător, relaxat, se uită la persoana care-i dă sticla etc.)

Cum termină suptul? (scoate suzeta din gură, sau altfel, este mulţumit, surâde, adoarme etc.)

c) Modul de a bea

Bea din pahar?

Tehnica de a bea: buzele pipăie paharul, bagă limba în pahar etc. Cum îşi îmbunătăţeşte tehnica sa după dificultăţile de la început?

Cum îi place să bea? (lent, repede, dintr-un pahar mare etc.)

Tinde să ţină cu mâna paharul? Cum îl ţine? (singur sau ajutat) Ţine singur şi bine paharul? Îl ţine înclinat?

BCU IAŞI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Cum bea când stă la masă? Își ia singur paharul care este în fața lui? Pune paharul înapoi pe masă, singur?

d) Masa

Îi place să mănânce cu linguriţa?

Cum acceptă linguriţa şi cum se serveşte de ea? Deschide gura când este atinsă de linguriţa? Cum îşi ia hrana din linguriţă (sorbind, trăgând cu limba înapoi etc.)?

Care este reacţia sa la vederea linguriţei? (deschide gura de fiecare dată, uneori, scoate degetul din gură etc.) Închide gura? Poate să se hrănească singur cu linguriţa?

Cum reacţionează la gustul necunoscut al unei mâncări noi date cu linguriţa? Prezintă probleme? Cum le rezolvă?

Mănâncă repede sau lent? Care e comportamentul său între două linguriţe? Este nerăbdător? Cum indică că nu mai vrea?

Până la ce punct se interesează de masă? (urmăreşte pregătirile mesei, priveşte masa sau faţa personalului de îngrijire)

Cum îşi manifestă dorinţa de a mânca singur?

Cum mănâncă la masă? Unghiul de dirijare al linguriţei către gură este bun? Ajunge să bage linguriţa în gură?

Mănâncă curat?

Cum acceptă alimentele consistente? (pâinea, legumele, fructele) Le mestecă? Le înghite? Le refuză?

Se serveşte singur dacă punem în faţa lui un coş cu pâine sau fructe?

Cum le mănâncă?

e) Baia, îmbrăcarea

Cum reacţionează copilul când este pregătit pentru baie?

Se simte în siguranţă în braţele "mamei" sau "bunicii" în drum spre baie? Plânge sau este tensionat? Este relaxat?

Este el interesat de operaţiile de îngrijire şi de vorbele ce i se spun? Urmăreşte mişcările personalului care-i face baie, îi priveşte faţa, îi ascultă vorbele? Care sunt schimbările sale în raport cu lunile precedente?

Cum cooperează în timpul băii şi îmbrăcatului? (întinde mâna, piciorul, închide ochii, se întoarce pe o parte etc.) Care sunt hainele care-i plac? Ajută la îmbrăcat? Se spală singur? Pe ce parte a corpului? Ce îi putem cere în timpul băii şi îmbrăcatului? Ce poate să facă singur? Are iniţiativa de a se juca în timpul băii? Cum?

BCU "ASE" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Execută el unele mişcări necesare în timpul băii? (se întoarce de pe spate pe burtă) Are o poziţie preferată în timpul îngrijirilor?

Comportamentul său în apă? Se bălăceşte? Bate cu mâna?

Care e comportamentul său la schimbarea temperaturii sau cantităţii apei? Are obişnuinţe particulare în timpul băii sau îmbrăcării? (ia în baie anumite jucării, alege anumite culori pentru haine etc.)

Dacă au fost unele probleme care s-au pus cu privire la baie sau la îmbrăcare? În ce perioadă şi cât au durat? Cum au fost depăşite aceste probleme?

Se spală singur pe mâini? Dacă utilizează duşul? Cum este comportamentul său la duş?

4. *Motricitatea*

Poziţia de bază a nou-născutului? (cum ţine capul, trunchiul, membrele)

Nivelul motricităţii sale şi progresele făcute: ce mişcări face el pentru a schimba poziţia? (se întoarce pe o parte, pe burta, pe spate, în şezut etc.) Cum îşi schimbă locul? Care este distanţa parcursă?

Cât timp îi trebuie până ce noile mişcări achiziţionate să devină curente? Care sunt noile mişcări ale copilului?

Cum utilizează instrumentele de joc pentru dezvoltarea mişcărilor? Cum se deplasează pe scară sau pe o pantă?

În ce poziţie se joacă? Şi dacă sunt mai multe, care sunt cele mai frecvente?

Care sunt caracteristicile mişcărilor sale şi de la ce poziţii statice le obţine? (se răstoarnă întotdeauna pe spate şi apoi se răsuceşte pe dreapta etc.) Care sunt, în general, caracteristicile motricităţii sale? (mişcări rapide sau lente, execută mişcări noi cu uşurinţă sau cu dificultate etc.)

5. *Dezvoltarea intelectuală*

a) Atenţia, interesul

Este el fixat pe o persoană? E interesat de un obiect? Când?

Privirea sa urmăreşte mişcarea? De la ce distanţă?

În starea de veghe este el tot timpul activ? Cât timp? Cât timp petrece într-un parc, sau pe un teren de joacă? Dacă priveşte copiii, jucăriile, dacă unul-două minute se joacă şi el?

La ce activităţi este mai atent? Ce-l interesează mai mult?

Remarcă schimbările care intervin în jurul său? (o nouă mobilă, o nouă jucărie etc.) Cum ne putem da seama că el remarcă unele schimbări? Care este reacţia sa?

Există obiecte la care el este atent de fiecare dată? Cum îşi manifestă interesul?

BCU "ION CREANGĂ" - UNIVERSITY LIBRARY

Îşi recunoaşte camera sa? În afara camerei sale, care sunt părţile casei pe care el le cunoaşte? Ştie el care sunt persoanele care lucrează în jurul său?

b) Înţelegerea limbajului. Emiterea de sunete. Limbajul verbal

Înţelegerea limbajului

Cum reacţionează dacă este strigat? Îşi recunoaşte numele? Cum răspunde?

Ce îi putem cere şi ce acceptă să facă?

Ce înţelege el din tot ce zicem în jurul lui? Cum manifestă el că a înţeles? (întoarce capul, se uită la lapte sau la paharul cu apă etc.)

Cum este comportamentul său când îi interzicem unele lucruri? În ce situaţii înţelege el tabuurile şi când le respectă?

Numele persoanelor şi obiectelor sunt cunoscute de el?

Înţelege propoziţii mai complexe? ("Dacă vrei să mergi la plimbare, trebuie să-ţi iei paltonul" etc.)

Poate el fi dirijat prin vorbe? Până la ce punct înţelege el explicaţiile?

Emiterea de sunete. Limbajul verbal

Îşi mişcă el buzele când personalul i se adresează verbal? Cum începe şi el să emită sunete? Frecvenţa şi sporirea frecvenţei? Când emite sunete? (în braţe, la plimbare etc.) Frecvenţa "răspunsurilor" sale în timpul îngrijirilor? Cui "vorbeşte" el mai frecvent în afara îngrijirilor?

Care sunt sunetele emise? Un sunet singur sau mai multe sunete legate? Pronunţă silabe? Care? Emite un adevărat "monolog" silabisit?

Se adresează verbal adulţilor din jur? În ce condiţii? Prin ce sunete? Aceste sunete se schimbă?

Imită el inflexiunile vocii celorlalţi copii sau ale adultului? Încearcă să imită cuvintele adulţilor? Sunt unele imitări care apar mai frecvent?

Există unele silabe pe care le utilizează numai în anumite situaţii? Face el şi alte semne care acompaniază sunetele pentru a exprima dorinţele sale?

Care sunt cuvintele sau părţi din cuvinte utilizate în situaţii cu sens? Le utilizează corect sau le personalizează?

Care este vocabularul său? Care sunt cuvintele noi utilizate în cursul lunii? Care sunt persoanele pe care le cheamă pe nume? Cum pronunţă cuvintele?

În ce măsură comunică verbal cu adulţii sau cu copiii? A făcut progrese în cursul lunii? Poate să exprime dorinţele sale, voinţa sa, prin cuvinte? Cum? Răspunde la întrebări în

timpul îngrijirilor sau în afara lor? Întreabă? Cum? Care sunt întrebările noi utilizate în cursul ultimei luni?

Ce categorii de cuvinte utilizează? (verbe, substantive, etc.) Încearcă conjugarea verbelor? Ce adjective utilizează? Întrebuinţează articolele, numerele? Cum le pronunţă?

Întrebuinţează fraze?

Povesteşte evenimente? (din timpul unei plimbări etc.) Cum? (răspunzând la întrebări sau spontan?)

Limbajul său este înţeles de cei apropiaţi sau pentru alţi adulţi? Cum reacţionează dacă nu este înţeles? Caută să se facă înţeles? Care sunt sunetele pe care nu le pronunţă încă bine?

c) Observarea mâinilor, jocurilor, manipularea

În ce poziţie se găseşte când îşi priveşte mâna sa? Care este poziţia mâinii? Îşi observă mâna din întâmplare sau el îşi caută mâna pentru a o observa? Îşi priveşte ambele mâini deodată? Cum?

Cât timp îşi priveşte mâinile? Această durată sporeşte sau scade în ultima lună? Cât timp îşi priveşte mâna fără întrerupere?

Observă jucăriile care se găsesc în parc sau curte, în proximitatea sa? Are tendinţa de a le prinde în mână? Cum le ţine? (le priveşte mai întâi, le pipăie timid sau accidental înainte de a le prinde) Face mişcări precise?

Cum manipulează jucăria pe care o ţine? Face mişcări noi cu jucăriile? Cum manipulează un obiect?

Cât timp se joacă? Cât timp se joacă cu acelaşi obiect? Alege dintre toate obiectele pe care le are la dispoziţia sa, sau prinde jucăria care se află cel mai aproape de el? Are o jucărie preferată? Are un mod particular de a se juca?

Se joacă cu acelaşi obiect împreună cu alţi copii? Ia jucăriile cu care se joacă alţi copii? Cum reacţionează dacă un copil nu-i dă jucăria? Cum reacţionează dacă alt copil îi ia jucăria cu care se joacă?

Ce jocuri de mişcare se joacă? Se joacă singur cu alt copil sau cu un adult?

Se joacă jocuri cu roluri? Cu care obiecte şi cum? Singur sau cu alt copil?

Care sunt jucăriile preferate? (jocuri de construcţii, jocuri de mişcare, de roluri etc.) Preferă jucăriile mari sau pe cele mici?

Cum profită de posibilităţile oferite de anotimpuri? (apă, zăpadă, nisip etc.)

d) Participarea la programele organizate

La creşă

BCU "SIMION BĂRNUŢIU" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Cât timp rămâne la creşă de fiecare dată? Această durată variază? Este mulţumit că merge? Este atent? Care sunt raporturile sale cu personalul?

Cum îşi alege jucăriile? (ezitând, într-o manieră decisă) Revine la aceeaşi jucărie în timpul mai multor zile?

Modul de a se juca la creşă cum e? Utilizează jucăriile şi obiectele după funcţionarea lor? (construieşte, împinge etc.) Sau după fantezia sa? Este ingenios? Inventează noi posibilităţi?

Până la ce punct este absorbit de activităţile din creşă? Cât timp se joacă cu fiecare jucărie? Care este jucăria cu care s-a jucat cel mai mult timp?

Joacă jocuri cu rol? Cum?

Care este comportamentul său cu ceilalţi copii? (se joacă în grup, ia sau nu ia jucăriile altora)

Observă regulile? Cunoaşte regulile unor jocuri? Respectă la masă anumite reguli? Ascultă ceea ce i se spune?

Creşa îl influenţează în activităţile zilnice? Cum?

Plimbarea

Care este durata fiecărei plimbări?

Îi place la plimbare? Cunoaşte ora plimbării? Cum se pregăteşte pentru plimbare?

Şi-a însuşit regulile plimbării? Cum? (vine când este chemat, ascultă ce i se spune, nu coboară de pe trotuar fără să dea mâna etc.) Respectă toate aceste reguli în toate cazurile?

Propune un traseu anume sau un scop pe care doreşte să-l atingă? Cum? Acceptă şi iniţiativa altora?

Ce lucruri noi îi atrag atenţia în timpul plimbărilor? Ce priveşte de regulă? De ce îi este frică?

Pune întrebări în timpul plimbărilor?

Curiozitatea sa sporeşte?

Preferă plimbările lente sau rapide?

Care este obiectul care-l interesează la plimbare? Face colecţie de anumite obiecte? (frunze, castane etc.)

Care este comportamentul său faţă de ceilalţi copii? (îi ajută, îi împinge, îi trage etc.)

Ce face când întâlneşte persoane cunoscute sau necunoscute? (se opreşte, salută, plânge, e indiferent etc.)

Acceptă uşor să se reîntoarcă de la plimbare?

Ce povesteşte el la întoarcere?

BCU ASSENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Excursia

Cum se comportă în prima sa excursie? Cum se pregăteşte pentru excursie? Cum e comportamentul său în timpul plecării?

Comportamentul său în autocar? Îi este frică? Este interesat în timpul mersului?

Excursiile au o influenţă asupra comportamentului său cotidian?

6. *Relaţiile cu alţi copii*

Care este comportamentul cu vecinul de pat? (se ocupă de el, îl observă, îi surâde, îi "vorbeşte", îi sugerează jocuri etc.)

Care este comportamentul lui faţă de un copil întâlnit în parc? (rămâne indiferent, îl observă, îi vorbeşte, se joacă cu un obiect comun etc.)

Se joacă cu alţi copii? Cum? Ce face dacă alţi copii se asociază la jocul lor? Preferă să se joace singur sau cu alţi copii?

Obişnuieşte să facă rău altor copii? Cum? Maltratează alţi copii? Cum? Printre copii, el este cel "bătăuş"? De ce?

Este în grup un copil pe care este gelos? Cum se manifestă? Care poate fi cauza?

Are faţă de ceilalţi copii un comportament care vrea să imite adulţii? Cum? (îi ajută, îi consolează, îi întreabă, le vorbeşte etc.)

7. *Somnul*

Care este poziţia sa de bază când doarme? (pe spate, pe burtă etc.)

De câte ori doarme ziua? Cât timp?

Cum se manifestă când este obosit? (se agită, îşi suge degetul etc.)

Cum adoarme? (uşor, fără tranziţie, relaxat, plângând, agitat, sugându-şi degetul, sugând suzete etc.)

Are obişnuinţe particulare pentru a adormi? (trage cuvertura peste cap etc.)

Cum se trezeşte? (singur, vesel, plângând etc.)

Este repede treaz sau rămâne mult timp în stare tranzitorie?

8. *Mişcări ritmice (stereotipe), supt, onanism*

Îşi suge degetul? Când? În ce ocazii îl suge mai des? (când este obosit, când îi este foame, după boală, când se mută într-o cameră nouă, când se schimbă personalul)

Se constată unele mişcări care acompaniază suptul? Care? (îşi pipăie capul, urechile, se joacă cu părul etc.)

Face mişcări ritmice, stereotipe? (mişcări ale capului, ale corpului, se balansează etc.) Unde face aceste mişcări? (în pat, în parc) Când? (înainte de a adormi, când se trezeşte) Le face regulat şi intens? Cât timp? Care sunt motivele întreruperii?

BUDAPEST CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Atinge organul său sexual? În ce situație? Cu ce frecvență?

9. *Controlul sfincterian*

Ținând seama de ceilalți copii, utilizează olița în cameră?

Se manifestă când este ud sau murdar?

Cum începe să ceară olița? Se scoală singur după două, trei minute? Cere olița când îi trebuie? Prin ce mijloace: cuvinte, semne?

La ce moment al stării de veghe putem să-l lăsăm fără scutec? Înțelege acest lucru? Rămâne curat? Putem să-l lăsăm fără scutec în timpul plimbării? Utilizează toaleta?

Este curat noaptea? Se scoală dacă are nevoie de pipi sau caca?

10. Manifestări individuale, voința, identitatea personală, obișnuințe

Manifestă voința sa? Cum? (prin cuvinte, gesturi) Care sunt dorințele sale? Cum acceptă faptul că unele din dorințele sale nu pot fi satisfăcute?

Care sunt obișnuințele sale? (cu privire la masă, la baie, la plimbare, la somn) Cu ce regularitate se manifestă dorințele sale?

Care sunt jucăriile lui personale? Cum au devenit ele personale? (au fost primite la aniversare, el le-a ales etc.) Cum a fost primul contact? Până la ce punct simte el că unele jucării îi aparțin? (le distinge din alte jucării asemănătoare, le numește etc.) Cum se joacă cu aceste jucării? Cunoaște el jucăriile personale ale altor copii?

Cum vorbește despre el însuși? (spune numele său, utilizează cuvântul "*eu*", "*al meu*") Care este comportamentul la zilele de aniversare ale celorlalți copii.

Cum distinge lucrurile sale? (hainele, încălțările etc.) Spune el că acestea îi aparțin? Cunoaște lucrurile celorlalți copii? Le respectă?

Cum își exprimă aprobarea sa, dezaprobarea sa, bucuria sa, tristețea sa și ce zice daca lui i se face un tort?

3.3. Metode ethologice în investigarea micii copilării

Kummer ne oferă un cadru conceptual de bază care regrupează diferitele perspective de analiză a comportamentului în ethologie după cinci criterii: *structură, cauzalitate, funcție, dezvoltare, evoluție.*

Primul aspect regrupează toate problemele care se referă la organizarea comportamentului. O parte importantă a contribuției ethologiei la înțelegerea activităților copilului se situează la nivelul descrierii "schemelor" comportamentale. Elaborarea unei ethograme sau a unei liste descriptive detaliate a diverselor "scheme" comportamentale

observabile este o pre-schiță a întregii cercetări în ethologie. Utilizând acest *inventar comportamental*, ethologul trebuie să abordeze problemele relativ la *cauzele* și *funcțiile* imediate ale diverselor tipuri de activități. Dacă aceste două variabile explicative au fost întotdeauna importante în psihologie, ele au un rol suplimentar în ethologie.

Pentru etholog, unul din principalele obiective este de a furniza un criteriu de clasificare în vederea reorganizării inventarului de "scheme" observate într-un sistem descriptiv compus din categorii mai largi utilizând definiții în termenii factorilor cauzali sau după funcțiunile lor imediate.

Celelalte două perspective explicative, care sunt situate pe un continuu temporal istoric, examinează dezvoltarea și adaptarea individuală în cursul vieții și evoluția activităților specifice și comune speciilor.

Acest cadru conceptual se aplică și în ethologia umană. Ținând seama de interesul său pentru probleme cu privire la organizarea grupului și a comunicării în grup, ethologia socială pune un accent particular pe analiza structurală.

Analiza organizării sociale distinge patru nivele de descriere a activităților:

1. "schemele" comportamentale
2. interacțiunile diadice
3. relațiile sociale
4. structurile grupului.

În perspectiva ethologică, observarea directă a comportamentului presupune a priori observarea și descrierea comportamentului în termeni de mișcări și activități observabile.

Faza descriptivă în ethologie poate fi divizată în trei etape succesive care vizează elaborarea descrierii cele mai exhaustive și coerente posibil al repertoriului comportamental al subiecților studiați. Este vorba de:

Observarea naivă – prima etapă a fazei descriptive; ea implică o observare informală, în care observatorul identifică și descrie comportamentul indivizilor luați în studiu. Observarea este informală pentru că scopul vizat nu este măsurarea comportamentului, ci intrarea în contact cu subiecții și mediul lor. Diversele comportamente sunt identificate și descrise în termeni de gesturi motorii – este vorba de o descriere morfologică – care, ulterior, se regrupează în mișcări elementare care compun scheme de acțiuni. Acest proces de identificare a comportamentelor furnizează o listă descriptivă de activități evocate în termeni morfologici.

Elaborarea unei liste descriptive, care reprezintă, de fapt, o validare a descrierii făcute în perioada naivă. În validarea descriptivă optimală, flexibilitatea observației ne permite să

BCU "SAVA" TIRAN UNIVERSITY LIBRARY

descriem diverse activităţi comportamentale în contexte specifice, în care subiecţii se dezvoltă (grup şcolar, instituţie rezidenţială, mediul familial).

Organizarea listei descriptive – în final se elaborează o grilă de cercetare evaluativă în care elementele listei descriptive sunt astfel regrupate în categorii de scheme comportamentale. Această regrupare este efectuată după una sau mai multe din cele cinci perspective biologice deja discutate: *morfologică, cauzală, funcţională, ontogenetică, filogenetică.*

O listă organizată după un criteriu unic de clasificare este calificată de taxonomia comportamentală, în timp ce un catalog de comportamente este definit prin utilizarea mai multor criterii de regrupare. O taxonomie exhaustivă constituie ethograma speciei. În elaborarea ethologică, o taxonomie sau un catalog constituie produsul finit al fazei descriptive şi furnizează baza empirică esenţială pentru a organiza o cercetare care să determine influenţa diferitelor variabile asupra comportamentului.

3.4.Metoda clinică

J. Piaget, creatorul metodei clinice, încă de la începutul activităţii sale ştiinţifice, a fost preocupat de metode de cercetare.

J.Piaget nu era străin de metoda liberei asociaţii atunci când a elaborat ceea ce s-a numit "metoda clinică", deoarece în lucrarea *La representation du monde chez l'enfant* (1926) găsim descrisă metoda directă inspirată din examenul psihiatric, metodă "care pretinde să reunească posibilităţile testului cu observaţia directă, evitând inconvenienţele pe care le are fiecare metodă în parte". Clinicianul ţine cont de întreg contextul mintal, în loc să fie victima "erorilor sistematice", ca atunci când el rămâne simplu experimentator.

Această metodă cere din partea psihologului o înţelegere subtilă şi necesită un lung antrenament. Trebuie să observi, să laşi interlocutorul să vorbească, iar tu, ca psiholog, să ai timp să construieşti ipoteze pe care să le poţi controla. E necesară o mare fineţe de interpretare, pentru că ceea ce zice copilul nu se situează întotdeauna pe acelaşi plan de conştiinţă. Trebuie să ţinem seama permanent că pot apărea confuzii între imaginaţia copilului şi realitate, între fabulaţie şi scăderea interesului.

În acest moment al elaborării sale, metoda clinică constă în a angaja cu copilul o conversaţie liberă pe o temă impusă, urmărind să sesizăm toate mişcările gândirii sale şi să obţinem justificări.

În această epocă, în care Piaget scrie cinci cărți (*Le langage et le raisonnement chez l'enfant* – 1924, *La representation du monde chez l'enfant* – 1926, *La cauzalite physique chez l'enfant* – 1927, *Le jugement moral chez l'enfant* – 1932), el investighează copiii din Paris în localul de pe strada Grangeaux-Belles, acolo unde Binet își instalase Laboratorul său de Pedagogie. Paralel cu această muncă, Piaget citește din Biblioteca Națională toate cărțile de logică, pregătindu-se astfel, pentru o nouă abordare a metodei clinice.

În *Esquisse d'autobiographie intellectuelle* (1959), Piaget scrie: "Primele mele lucrări serioase debutează cu observațiile asupra propriilor mei copii, care mi-au atras atenția asupra rolului acțiunii și m-au determinat să nu mă încred în gândirea verbală".

Singuri, cei trei copii, Jacqueline, Lucienne și Laurent, furnizează materialul de observare și experimental pe care se bazează descrierea și teoria stadiilor de dezvoltare a inteligenței senzorio-motrice, care nu a putut fi contestată, ci doar îmbogățită, prin contribuțiile ulterioare ale altor cercetători.

Deci, progresiv, Piaget abandonează metoda clinică pur verbală, constatând că limbajul are o logică proprie, care nu este logica reală a copilului. Limbajul este un mijloc de comunicare care nu poate traduce structurile reale ale gândirii infantile.

În continuare, Piaget utilizează o tehnică bazată pe teza că în ultimă analiză, la originea inteligenței este *acțiunea.* Metoda devine semi-verbală și semi-concretă în scopul sesizării dinamicii copilului, dinamică pusă în evidență prin interacțiunea permanentă între examinator și examinat. Copilul furnizează materialul înțelegerii sale, pe care psihologul trebuie să-l aprofundeze.

Prin urmare, metoda clinică evoluează către o metodă "directă", care utilizează mici experiențe cu ajutorul unui material variat. La acest nivel limbajul cedează locul manipulării și nu servește decât să explice și să justifice experiența. În felul acesta, manipularea devine suport al dialogului. Piaget trece progresiv la înțelegerea logicii copilului analizând limbajul construcției logicii în acțiune.

Metoda clinică va deveni treptat o metodă de diagnostic. Există persistența conversației libere cu subiectul, dar întrebările și răspunsurile nu intervin decât după manipularea obiectelor. Manipularea obiectelor este, de fapt, cea care relevă structura logică.

Copilul acționează înainte de a explica acțiunile sale. Examinatorul poate contesta această judecată, fără însă să o considere ca falsă, dar evocând motive diferite ("în aceleași condiții, un alt copil mi-a zis că ...")

Modul de abordare devine în final "critic" în scopul de a sesiza activitatea logică profundă a copilului și structura corespunzătoare stadiului de dezvoltare la care el a ajuns.

Nevoia standardizării mai precise a probelor pe care Piaget le-a utilizat pentru a verifica ipotezele sale, s-a resimțit din ce în ce mai mult în cursul ultimilor ani. Astfel, au fost elaborate un oarecare număr de scări adaptate după Piaget, formate pe concepțiile și experimentele sale (amintim doar numele cercetătorilor: I. Casati și I. Lezine, F. Longeot, C. Meliac etc.).

3.5. Scările de dezvoltare

Importanța scărilor de dezvoltare în mica copilărie

Utilizarea scărilor de dezvoltare în mica copilărie prezintă o importanță teoretică deosebită deoarece cu ajutorul lor se clasează și se sistematizează un bogat material de observație, marcându-se punctele de reper ale evoluției și dezvoltării copilului în diversele sale domenii. Cu ajutorul scărilor de dezvoltare se realizează o imagine coerentă a unității în diversitatea procesului de dezvoltare.

Din punct de vedere practic, scările de dezvoltare oferă clinicienilor informații fiabile și valide care le permit confirmarea propriilor evaluări, devenind, astfel, foarte utile având o funcție complementară examenului clinic.

Scările de dezvoltare, sau mai exact – așa cum arată Serge Stoleru [ ] "evaluările standardizate de dezvoltare" permit să se pună în evidență atât un anumit retard cât și o anumită precocitate a dezvoltării, precizând sectoarele specifice unde se manifestă retardul sau precocitatea. În unele cazuri, se pot da unele indicații cu privire la originea retardului (fie senzorial, fie motric).

Marea majoritate a scărilor de dezvoltare sunt construite pe mai multe "linii de dezvoltare". Cele mai frecvente domenii vizate de scările de dezvoltare sunt:

1. activitățile cognitive și de limbaj,
2. motricitate,
3. afecte și emoții,
4. dezvoltare relațională și "socială".

Asupra acestor domenii vom reveni atunci când vom prezenta fiecare scară în parte.

Construcția scărilor

Utilitatea acestor instrumente de cercetare și evaluare în mica copilărie se bazează pe următoarele caracteristici, care sunt, de fapt, comune cu ale tuturor testelor: *standardizare, fiabilitate, validare.*

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Standardizarea

Numărul de sugari şi copii mici studiaţi în construcţia scărilor trebuie să fie ridicat şi să constituie un eşantion reprezentativ pentru o populaţie determinată.

In standardizare este implicată şi altă regulă: evaluările dezvoltării trebuie să fie repetate în timp. De exemplu, Stanford Binet standardizat şi etalonat în 1937, a fost din nou standardizat în 1972. Rezultatele celor două standardizări au fost comparate şi s-a constatat că în 1972 s-au obţinut scoruri mai ridicate pentru toate vârstele – dar acest efect a fost mai sensibil pentru copiii de vârstă preşcolară (de la doi la patru ani şi jumătate) pentru care coeficientul de inteligenţă (QI) mediu a crescut de la 100 la 110-111.

Deci, standardizarea se face pe un eşantion reprezentativ dintr-o populaţie determinată dintr-o epocă, dintr-un timp determinat.

Fiabilitatea

Fiabilitatea exprimă stabilitatea măsurătorilor: fiabilitatea se exprimă, în primul rând, prin raportul test-retest. Retestând acelaşi sugar cu aceeaşi scară, la o distanţă de timp relativ mică, vom obţine aproximativ aceleaşi rezultate.

Există şi o fiabilitate interexaminatori: acelaşi sugar este examinat cu aceeaşi scară de doi examinatori, obţinându-se rezultate aproape egale.

Al treilea tip de fiabilitate este următorul: într-o situaţie imaginară, sugarul este testat de mai multe ori, la interval de timp scurt şi se urmăreşte în ce măsură rezultatele obţinute variază. Acest tip de fiabilitate se referă la precizia cu care scara utilizată poate măsura dezvoltarea.

Validitatea

Întrebarea fundamentală pe care cercetătorii şi-o pun în legătură cu fiecare scară este: în ce măsură cu instrumentul respectiv noi măsurăm ceea ce gândim că măsurăm?

Unul din principalele tipuri de validitate este cea "concurenţială", adică validitatea este estimată după gradul de acord între rezultatele obţinute cu ajutorul acestei scări şi o estimare independentă a aceluiaşi aspect al dezvoltării. Această estimare independentă devine criteriul de validitate.

Formarea examinatorilor

Evaluările standardizate necesită întotdeauna o formare a examinatorilor, mai scurtă sau mai lungă, intensivă în funcţie de diferitele tipuri de scări. Această formare se referă la

BCU IASI CENTRALA UNIVERSITARA LIBRARY

asigurarea unei relaţii optime între examinator şi copil, la modul de prezentare a diverselor probe de evaluare, la cotarea observaţiilor precum şi la interpretarea scorurilor obţinute.

În cadrul formării examinatorilor trebuie să se acorde o atenţie deosebită familiarizării cu sugarul sau cu copiii foarte mici. Examinatorul trebuie să aibă o practică clinică aprofundată cu privire la particularităţile psihologice ale perioadei de vârsta 0-3 ani.

Citäm în continuare părerea lui Nancy Bailey [.], autoarea unei importante scări de dezvoltare, părere cu privire la formarea examinatorilor pentru aplicarea propriei scări: "formarea examinatorilor trebuie, bineînţeles, făcută în vederea aprofundării materialelor şi protocoalelor BSID (Bailey Scales of Infant Development) precum şi a problemelor relative la tehnicile testului aplicate la copiii foarte mici (...) Candidaţii la formare trebuie să fie capabili să stabilească într-o manieră corespunzătoare contactul cu mamele şi copiii creând o atmosferă de încredere şi de reducere a anxietăţii legate de situaţia testului. Candidaţii la formare trebuie, de asemenea, să posede cunoştinţe în materie de psihometrie şi de interpretare a rezultatelor."

Principalele scări de dezvoltare utilizate în mica copilărie

În cele ce urmează ne propunem să trecem în revistă principalele scări de dezvoltare care pot fi utilizate în mica copilărie. Vom încerca să facem o succintă descriere a fiecărei scări atrăgând atenţia asupra oamenilor şi utilităţilor pe care le prezintă. Tehnicile de aplicare, de cotare şi interpretare a fiecărei scări vor fi date în caietul "Tehnici şi scări de dezvoltare utilizate în investigarea micii copilării (0-3 ani)", care este în curs de elaborare de către echipa din Timişoara a Centrului de Consiliere şi Consultanţă în domeniul micii copilării al Fundaţiei „Ovidiu".

3.5.1 Scara de dezvoltare a lui Gesell

A. Gesell, directorul "Clinicii de dezvoltare a copilului" de la Universitatea Yale, deplasează centrul de greutate de la determinarea nivelului intelectual, la investigarea dezvoltării psihice generale. El reuşeşte să determine, prin cercetări îndelungate şi minuţioase, comportamentele caracteristice fiecărei perioade de vârstă, precum şi pentru fiecare din direcţiile şi dimensiunile principale ale activităţii psihice.

Autorul mărturiseşte că punctul de plecare al cercetărilor sale asupra "comportării totale" a copilului îl reprezintă studiile lui A. Binet şi Kuhlman. El nu se ocupă de metodele de diagnostic, ci îşi focalizează activitatea asupra procesului de evoluţie individuală.

Deci, pentru A. Gesell, punctul de vedere genetic domină pe cel diagnostic propriu-zis.

Utilizarea procedeului fotografic şi mai ales cinematografic, a îngăduit lui Gesell să analizeze prin descompunere, întreaga structură a conduitei. Datorită acestei analize "morfologice" a părţilor constitutive a comportamentului copilului s-au putut stabili acei itemi, acele fragmente de conduită care dobândesc o valoare genetică pentru nivelul de creştere psihică.

În cercetările lui A. Gesell, domină punctul de vedere al genezei şi maturizării conduitei.

Structura scării. Domeniile investigate

Dacă la început (1925), Gesell ia în considerare următoarele domenii de manifestare ale vieţii psihice a copilului:

- dezvoltarea motrică,
- dezvoltarea limbajului,
- comportarea adaptativă,
- comportarea personal-socială,

În lucrările ulterioare (1934, 1938) se ocupă aproape exclusiv de cercetarea primului an şi modifică parţial această schemă. Astfel, în 1934, când prezintă cercetările privitoare la primul an, el se referă la şapte grupe de comportamente:

- comportarea posturală,
- locomoţia,
- comportamentul perceptiv,
- prehensiunea,
- comportamentul adaptativ,
- limbajul,
- comportamentul social.

În ultima prezentare sistematică (1938) a cercetărilor privitoare la primul an, Gesell face o nouă modificare reducând grupele de comportamente urmărite la cinci:

- comportamentul postural,
- comportamentul prehensiv,
- comportamentul perceptiv,
- comportamentul adaptativ,
- limbaj – comportare socială.

BCU IAŞI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

În concluzie, putem spune că definirea zonelor de comportare constituie una din condițiile inițiale indispensabile pentru determinarea nivelului de evoluție și maturizare individuală.

Trebuie, totuși, să arătăm că toate categoriile cu care se operează în psihologia micii copilării sunt foarte labile și cuprinzătoare, datorită naturii nediferențiate a vieții psihice. Copilul mic "funcționează" ca un tot, iar evidențierea diverselor sale potențiale de ordin intelectual, emotiv sau cognitiv, trebuie căutată de-a lungul întregii sale experiențe.

Observație critică: lipsesc din schemele dimensionale ce au servit ca bază în determinarea nivelului educativ, formele de comportare privitoare la trăsăturile personale de temperament și caracter (tendințe, forme calitative de sociabilitate, expresii emotive, trăsături etc.). În cercetările lui Gesell, toate aceste comportamente se desprind din analiza observațiilor făcute în cursul evaluării, observațiile fiind apoi completate cu anchete în familie.

Stadii și nivele dupa A.Gesell

Gesell restrânge prima copilărie ("infancy") la primii doi ani de viață, iar timpul de la concepție la etatea de 52 săptămâni, îl împarte astfel:

TABEL I

ETATEA		PERIOADA DE DEZVOLTARE
Săptămâni prenatale	0 – 1	Germinală (zygotul și blastula)
	1 – 7	Embrionară
	7 – 40	Fetală – naşterea
Săptămâni Postnatale	0 – 4	Neo natală
	4 – 16	Primul sfert
	16 – 28	Al doilea sfert
	28 – 40	Al treilea sfert
	40 – 52	Al patrulea sfert
	52	Prima aniversare

Scara Gesell cuprinde 26 de nivele de maturizare: 4, 6, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36, 40, 44, 48, 56 săptămâni; 15, 18, 21, 24, 30, 36, 42, 48, 54, 60, 66 luni (5 ani).

BCU "ASIMITRIE" UNIVERSITY LIBRARY

Determinarea nivelului de evoluție și maturizare

În concepția lui Gesell, formele de comportament ale copilului pot fi considerate din trei puncte de vedere:

- ca reacții specifice, ca răspunsuri la anumite situații;
- ca indicatoare a capacităților funcționale;
- ca valori ontogenetice de comportare, caracteristice unui anumit nivel de maturizare.

Să luăm un exemplu: copilul își privește mâna pentru prima dată la trei luni. Acest comportament constituie:

- reacție specifică față de o anumită situație;
- un aspect al funcțiunii de "privire" ori prindere perceptivă;
- un item indicativ al comportării pentru vârsta de trei luni, rezultată dintr-un anumit stadiu de maturizare neuromusculară.

La patru luni, copilul își ațintește ochiul timp de 5-30 sec asupra mâinii; o nouă valoare de comportament, pentru un nou stadiu de maturizare.

Stabilirea itemilor prin fragmentarea comportamentului ca întreg, poate să ducă la ideea că întregul comportament ar fi o sumă de fragmente.

Pentru a evita o astfel de înțelegere greșită, Gesell a întocmit pentru fragmentele și comportamentele normative (itemi) un *atlas al comportamentelor copilului mic*. Atlasul cuprinde fotografic formele configurate ale întregului comportament din care au fost scoase, prin analiză, fragmentele, itemii cu valoare generică.

Tehnici și procedee folosite în clinica lui Gesell pentru cunoașterea individualității copilului

a) Ancheta în familie (istoria nașterii, sănătății și dezvoltării copilului examinat)
b) Ancheta asupra stării medicale a copilului.
c) Interviu în familie (pentru notarea caracteristicilor personale ale părinților și copilului, a modului cum copilul își petrece o zi din viață, cu specificarea dorințelor, obișnuințelor, trăsăturilor emotive ale acestuia etc.)
d) Observarea și notarea (prin stenografiere după dictat) a comportării în timpul examinării psihologice.
e) Elaborarea fișei analitice de dezvoltare.
f) Cotarea nivelului de maturizare, pe fișa de cotare.

BCU "Ovidius" Constanța UNIVERSITY LIBRARY

g) Raport asupra individualității copilului în comportament: trăsături dinamice ca: energie, emotivitate, socializare etc., observate în anchete și în examinarea psihologică.

h) Măsurători antropometrice, în timpul examenului psihologic, cuprinzând comentarii privitoare la aparența fizică și la tipul constituțional.

i) Caracterizare sumară: indicarea comportamentelor care apar frecvent și caracteristice, clasificarea diagnostică, menționarea devianților și a datelor ce urmează a fi observate la o nouă examinare.

j) Recomandări privitoare la dezvoltarea copilului, de care urmează să țină seama părinții.

k) Inventarierea examinărilor succesive pe o fișă specială (atunci când este cazul).

3.5.2 Kleinkinder Test: Ch. Bühler – H.Hetzer

Testul Bühler-Hetzer, cunoscut și sub denumirea de "testul vienez", a fost conceput, etalonat și validat de Charlotte Bühler și Hildegard Hetzer în anul 1932.

Ch. Bühler – psiholog austriac, cunoscută prin numeroasele sale lucrări în domeniul micii copilării este și autoarea cunoscutului test "World Test" (Testul Lumii). Prima variantă se datorează lui Margareta Lowenfeld (1931), care pune la dispoziția copilului o cutie cu 150 miniaturi, reprezentând case, copii, mobile și i se propune să construiască ce dorește. Meritul Charlottei Bühler și al colaboratorilor săi, constă în standardizarea testului, care publică și un manual de utilizare a lui (1941).

Charlotte Bühler a publicat și o lucrare de largă circulație (Primii ani de viață - 1930).

Ele au început prin observații continue, noapte și zi, a 69 de sugari în șapte perioade de vârstă succesive în timpul primului an. Scopul observațiilor era stabilirea unui inventar de comportamente previzibile pentru media copiilor de aceeași vârstă. În timpul primelor opt luni, intervalul între nivelele de vârste era de o lună, în timp ce pentru ultimele patru luni ale primului an, intervalul era de 2 luni. Testul a fost standardizat inițial pe un total de 220 de subiecți.

Departamentul de Psihologie al Universității din Viena, a aplicat acest test standardizat într-un mod sistematic între 1928 și 1938 la toți copiii încredințați în Kinderubernahmestelle der Stadt Wien (Centrul de primire al copiilor abandonați din orașul Viena). Numărul copiilor sub un an primiți de această instituție era de 400-500 pe an. Aceasta înseamnă că acest test a

fost aplicat aproximativ la 5000 de sugari în cei 10 ani, ceea ce a permis personalului să completeze unele lacune ale testului.

Testul a fost utilizat şi în cercetări psihiatrice şi clinice. Astfel, R. Spitz recunoaşte că "eu am putut constata că testul mi-a oferit date psihometrice preţioase în evaluările mele clinice. Marele său avantaj este că indică în termeni numerici stadiul de dezvoltare al sugarului şi în acelaşi timp relevă domeniile particulare ale personalităţii sale permiţând comparaţii cu performanţele medii ale copiilor proveniţi din acelaşi mediu".

R. Spitz, pentru a se asigura de validitatea testului în Statele Unite l-a aplicat la două grupe de sugari din medii diferite. El concluzionează că normele baby-test-ului Bühler-Hetzer i-au servit drept ghid practic în munca sa şi l-a orientat în evaluarea psihometrică a personalităţii sugarilor aparţinând unor familii din medii economice cu posibilităţi materiale modeste şi mijlocii din SUA şi Europa.

Principii de construcţie a scării

Încă de la început trebuie să arătăm că spre deosebire de cercetările lui Gesell unde domină punctul de vedere al genezei şi maturizării conduitei, în cercetările întreprinse de Ch. Bühler şi colaboratoarele sale s-a accentuat nevoia diagnosticării individualităţii copilului pe diversele sale trepte evolutive.

Ca să răspundă acestei nevoi, scara elaborată a trebuit să ţină seama de o serie de exigenţe:

- probele alese trebuie să facă apel la comportarea naturală a copilului în situaţii reale, renunţând cu totul la situaţii în care conduita este forţată sau nenaturală;
- scara elaborată trebuie să stimuleze nu numai procesele intelectuale, ci trebuie să pună în acţiune toate dimensiunile comportării umane pentru a ne da o imagine integrală a personalităţii copilului;
- rezultatele probelor trebuie să fie precise, spre a putea fi exprimate cantitativ şi spre a putea fi comparate;
- probele (itemii) nu trebuie să fie complicate, grele şi să necesite un timp îndelungat.

Structura scării – Domeniile investigate

Scara Bühler-Hetzer permite investigarea următoarelor dimensiuni psihice care servesc pentru determinarea cantitativă a nivelului de evoluţie a individualităţii copilului:

1. Dezvoltarea receptivităţii senzoriale
    - Reacţii la hrana,
    - Reacţii senzoriale

BCU "ASTRA" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

- Înțelegerea obiectului.

2. Dezvoltarea mișcărilor corporale
   - Mișcări de orientare și apucare
   - Înlăturarea obstacolelor
   - Controlul (stăpânirea) corpului.
3. Dezvoltarea socializării, a relațiilor interpersonale
   - Contact
   - Ordine (conformism)
   - Limbaj – comunicare
4. Dezvoltarea capacității de a învăța
   - Memorie concretă, practică
   - Memorie verbală,
   - Imitație
5. Dezvoltarea activității cu materiale și manipularea obiectelor
   - Prelucrarea materialului
   - Executarea persistentă a unei activități
   - Dezvoltarea intelectuală
   - Utilizarea instrumentelor
   - Înțelegerea raporturilor de sens și configurație.

Exemplificarea scării

După o lungă observare a conduitei, a comportamentului unor grupe de copii, Bühler-Hetzer au stabilit serii de "itemi" simptomatici pentru fiecare din cele șase dimensiuni ale comportării în cadrul fiecărei etape de vârstă.

Scara definitivă cuprinde numai 10 probe pentru fiecare vârstă. Pentru exemplificare, prezentăm cele zece probe din seria vârstei de 5 luni:

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

TABEL II

DIMENSIUNI	CONȚINUT	PROBE
A. Dezvoltarea receptivității senzoriale	Reacții la hrană	
	Receptivitate senzorială	Copilul privește mai mult timp un carton colorat, decât unul necolorat .
	Înțelegerea obiectului	Ține și privește un obiect
B. Dezvoltarea mișcărilor corporale	Mișcări de orientare și apucare	Apucă un obiect atins. Întinde mâna după obiectul privit.
	Înlăturarea obstacolelor	Înlăturarea scutecului
	Controlul corpului	Șade sprijinit numai pe palmele mâinii Dacă este ajutat, ridică umerii și capul când este culcat pe spate.
C. Dezvoltarea socializării	Contact	Urmărește cu privirea persoanele ce se mișcă în cameră.
	Ordine (conformism)	
	Limbaj-comunicare	
D. Dezvoltarea capacității de a învață	Memorie practică	Când este plimbat, reacționează la noutatea situației
	Memorie verbală	
	Imitație	
E. Dezvoltarea activității cu materialele	Prelucrarea materialului	Mișcarea de mânuire a unei jucării
	Executarea persistentă a unei lucrări	
F. Dezvoltarea intelectuală	Utilizarea instrumentelor	
	Înțelegerea raporturilor de sens și configurație	

Prezentarea rezultatelor

Prin analogie cu tehnica de cotare a testelor de inteligență – în care nivelul intelectual se exprimă printr-un coeficient de inteligență (QI) – Bühler-Hetzer propun ca exprimarea nivelului de evoluție individuală să se facă printr-un coeficient de evoluție (CE), rezultat din împărțirea vârstei evolutive la vârsta cronologică.

B.C.U. „M. EMINESCU" IAȘI
BCU IAȘI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

$$CE = \frac{EE}{EC}$$

Fixarea categoriilor evolutive în funcţie de coeficientul de evoluţie, rămâne o problemă deschisă. Din cercetările lor, Bühler-Hetzer conchid că dezvoltarea normală ar prezenta coeficienţi între 0,9 şi 1,1 – deci ca şi în cazul inteligenţei.

Rezultatele obţinute în cercetări pe copiii din mediile inferioare şi superioare arată că zona normală pentru cei dintâi este cuprinsă între 0,9-1,1 , iar pentru cei din urmă între 1,20-1,40 – ceea ce înseamnă că se impune nevoia unei explicaţii mai cuprinzătoare a acestor mari variaţii.

Bühler-Hetzer ne indică şi tehnica de exprimare a stării evolutive într-un profil (grafic) evolutiv, în care variaţiile inferioare şi superioare apar distincte pe diferitele dimensiuni-domenii ale comportamentului.

Rolul şi limitele scării de dezvoltare Bühler-Hetzer

Punctăm rolul şi limitele după aprecierile lui Spitz, care a utilizat acest test în munca sa clinică. Rezultatele acestui test, arată Spitz, nu pot fi considerate ca măsuri etalon pentru a evalua un sugar dat, sau pentru a pune un diagnostic. Numai observarea clinică prelungită şi cercetarea istoriei fiecărui copil este cea care poate să evalueze dezvoltarea personalităţii sale. Scara de dezvoltare furnizează o serie de informaţii suplimentare asupra următoarelor puncte:

Rezultatele testului lunar ne oferă informaţii referitoare la: dezvoltarea unui copil dat, dacă acesta a progresat şi atunci în ce măsură, dacă este vorba de o stagnare sau dacă este vorba de o regresie. În alţi termeni, coeficientul de evoluţie ne informează asupra tendinţei de dezvoltare, asupra ritmului şi direcţiei sale;

Scara indică, de asemenea, orice asimetrie între ritmul şi frecvenţa, pe de o parte şi direcţia dezvoltării la acelaşi copil în diversele sectoare ale personalităţii sale.

Scara permite comparaţii cu un mare număr de sugari aparţinând aceleiaşi sau diferitelor grupe de subiecţi. Aceste comparaţii relevă similitudini ale profilelor de dezvoltare în grupe şi sub-grupe.

Scara furnizează un sprijin constatărilor noastre clinice.

În fine, profilele de dezvoltare ilustrează grafic descrierile noastre.

Pe de altă parte, arată Spitz, acest test nu poate să ofere informaţii clinice asupra prezenţei sau absenţei emoţiilor la sugar, nici asupra dispoziţiilor. Pe scurt, acest test nu ne furnizează nici indicaţii clinice, nici indicaţii de comportament şi ne oferă puţine lucruri

asupra relaţiilor obiectuale ale copilului. Datorită acestui fapt, aşa cum zice Anna Freud, testul apare fără relief.

3.5.3 Scara de dezvoltare Brunet-Lezine

Scara Brunet-Lezine este cea mai cunoscută şi cea mai utilizată în Franţa.

Construcţia scării Brunet-Lezine

Punctul de plecare al construcţiei scării l-a constituit scara lui Gesell. După numeroase remanieri, O. Brunet şi I. Lezine au reuşit să selecţioneze pentru fiecare nivel de vârstă 10 probe sau itemi (termenul englez "item", care înseamnă proba parţială a unui test a fost la început respins de psihologii de limbă franceză. Astăzi, termenul este utilizat curent sinonim cu termenul de "probă"): şase dintre ele rezultă din observarea performanţelor copilului în prezenţa examinatorului, alte patru sunt reprezentate de întrebări puse mamei sau substitutului său, relativ la unele aspecte de comportament ale copilului în mediul său obişnuit.

Brunet-Lezine a conservat în linii generale schema lui Gesell, repartizând probele în patru categorii:

- Domeniul motor sau postural (P),
- Coordonarea, înglobând adaptarea sau comportamentul cu obiectele (C),
- Limbajul (L),
- Relaţiile sociale (S).

Datorită ritmului neregulat al dezvoltării psihologice a diferitelor domenii, numărul de probe pentru fiecare domeniu variază în funcţie de nivelul de vârstă.

Numărul diferitelor probe pe vârstă

Prezentăm în tabelul de mai jos structura examinărilor şi numărul de probe pe fiecare nivel de vârstă, deoarece itemii sunt repartizaţi pe cele 4 domenii (P, C, L, S):

3 LUNI	6 LUNI	9 LUNI	12 LUNI	18 LUNI	24 LUNI
3 P	3 P	3 P	2 P	2 P	2 P
3 C	4 C	4 C	5 C	4 C	4 C
1 L	1 L	2 L	2 L	2 L	3 L
3 S	2 S	1 S	1 S	2 S	1 S

Este evident că la fiecare investigaţie copilul este examinat nu numai cu ajutorul probelor nivelului său, ci în plus şi cu cele care preced şi urmează acestui nivel.

BCU IASI - CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Prezentăm spre exemplificare cele 10 probe la 12 luni:

P1: merge cu ajutor când este ţinut de mână;

C2: prinde cel de-al treilea cub, privindu-le pe cele două pe care deja le ţine în mână;

C3: dă drumul unui cub în ceaşcă;

C4: imită zgomotul lingurii în ceaşcă;

C5: repune cercul pe planşetă;

C6: începe şi realizează o mâzgălitură uşoară după demonstraţie;

Întrebări

P7: în picioare, se apleacă pentru a ridica o jucărie;

L8: spune un cuvânt, mai mult decât "mama" şi "papa";

L9: dă un obiect la ordin sau la un gest;

S10: repetă acte care i-au provocat râsul.

Calcularea coeficientului de dezvoltare (QD)

Calcularea QD se face numai de la 4 luni. Până la 3 luni, se constată numai "bunul mers" al dezvoltării – aprecierea dând-o examenul neurologic.

De la 4 luni, se cotează astfel:

- 3 zile de item reuşit la 4-10 luni;
- 6 zile de item reuşit la 12 luni;
- 9 zile de item reuşit la 15, 18, 21, 24 luni
- 18 zile de item reuşit la 30 luni;
- 1 lună de item reuşit la 3 ani;
- 2 luni de item reuşit la 4 şi 5 ani.

Formula de calculare a QD este următoarea:

$$QD = \frac{\text{var}\, sta/in/zile/de/dezvoltare}{\text{var}\, sta/reala}$$

De exemplu, un copil de 7 luni şi 2 zile atinge vârsta în zile de 7 luni şi 24 zile.

Pentru vârsta cronologică, spre deosebire de Gessell, reţinem:

- luna este egală cu 30 zile
- anul este egal cu 360 zile.

Performanţa e trasată pe un profil, care uneori ne dă indicaţii mai interesante decât nota brută a QD-ului. În afara QD global, se pot calcula şi coeficienţi parţiali corespunzând celor patru domenii ale scării.

BCU "ASCENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Valoarea prognostică

Se ştia că la copiii foarte mici, nu putem utiliza noţiunile de "vârstă mintală" şi "coeficient intelectual", deoarece la acest nivel nu se poate vorbi încă de "funcţii mintale".

Gesell a definit comportamentul ca echivalentul biologic al inteligenţei, în sensul capacităţii generale de adaptare.

Copilul este un organism în dezvoltare, a cărui creştere se exprimă prin comportamente sau modalităţi de a reacţiona din ce în ce mai complex, mergând de la reacţii simple la actul voluntar, de la primele scâncete, la cuvânt. Ordinea succesiunii comportamentelor este aceeaşi pentru toţi indivizii, doar ritmul după care se succed, diferă.

Deci, gradul dezvoltării se exprimă prin nivelul de comportamente: la stadii succesive ale dezvoltării sale, copilul are vârsta comportamentului său, care traduce un anumit grad de maturizare a sistemului nervos. Pentru a-l desemna, Gesell, utilizează termenul de "vârstă de maturitate" mai explicit decât cel de "vârstă de dezvoltare".

QD este un raport între "vârsta de maturitate" şi "vârsta cronologică" şi exprimă proporţia dezvoltării normale la fiecare vârstă.

Trebuie amintit aici că "profilul" domeniilor, câmpurilor de comportament este absolut indispensabil pentru interpretarea QD-ului. Un QD dat, izolat, nu numai că nu explică nimic, dar riscă să facă iluzorie semnificaţia sa.

Totuşi, utilizarea QD prezintă două avantaje:

- permite abordarea unui diagnostic mai precis (o întârziere de 3 luni la 12 luni e mult mai gravă, decât o întârziere de 3 luni la 3 ani. Într-un caz, el se exprimă printr-un QD=75, iar altul printr-un QD=92);

- permite (cu condiţia ca proporţia dezvoltării normale să rămână aceeaşi la fiecare vârstă) stabilirea unui prognostic, adică să se prevadă dezvoltarea ulterioară a subiectului: 6 luni întârziere la 12 luni, poate face să se prevadă 12 luni întârziere la 2 ani, 3 ani la 6 ani, 6 ani la 12 ani, putându-se afirma cu certitudine că coeficientul de 50 se va menţine relativ constant de-a lungul unei întregi perioade de dezvoltare.

Precizăm că în cursul primilor 2 ani de viaţă, QD nu are o mare exactitate privind prognosticul de viitor. Bailey raportează o corelaţie foarte slabă între scorurile obţinute la 1, 2 şi 3 luni şi scorurile obţinute la 18 sau 36 luni. O constatare analogă se obţine dacă sunt comparate rezultatele obţinute cu ajutorul a două scări diferite utilizate la vârste diferite. McCall raportează datele la opt studii: ele arată că nu există nici o relaţie între rezultatele testelor de inteligenţă practică şi scorurile de QI obţinute la copiii de vârstă medie sau la sfârşitul copilăriei.

BCU "LUCIAN BLAGA" UNIVERSITY LIBRARY

Scările de dezvoltare (baby testele) sunt excelente instrumente de diagnostic, dar ele au o valoare prognostică numai când se constată o întârziere pronunțată a dezvoltării. În cazurile de debilitate (care se exprimă printr-un QD inferior lui 70) este posibil un prognostic cu un minim de eroare.

În cazul primilor 2 ani, examenul comportamentului cu ajutorul baby-testelor nu este suficient, fiind necesar un examen neurologic aprofundat, diagnosticul și prognosticul revenind medicului.

În cursul primilor 2 ani, se constată o fluctuație a QD-ului, datorită principalelor modificări ale comportamentului motor, de la un stadiu la altul de dezvoltare. Apoi, în jur de 2 ani, apare odată cu limbajul, o nouă formă de gândire, care poate modifica sensibil tabloul prezentat până atunci.

Ar fi o mare eroare să se creadă ca baby-testele ar putea arăta cu precizie cum va fi inteligența ulterioară. Ele nu măsoară inteligența, ci numai un ritm de dezvoltare general, pentru că aspectele diversificate ale comportamentului sunt toate, dependente unele de altele. Există toate șansele să rămână o dezvoltare normală, dacă nici o cauză exterioară nu vine s-o perturbe. Tulburările de dezvoltare decelate precoce, pot beneficia de intervenții de succes.

Achiziția limbajului și variațiile QD în primii 3 ani

Importanța limbajului în evoluția psihismului în primii 3 ani, a fost subliniată în mod deosebit de H. Wallon.

Dacă pentru Gesell, achiziția limbajului nu este decât un grad mai înalt în maturizarea nervoasă, iar pentru Piaget o ocazie de a reîncepe pe plan verbal experiențele făcute pe plan senzorio-motor, grație factorilor biologici de organizare și adaptare, pentru Wallon limbajul marchează o reînnoire completă a vieții psihice.

Cu ajutorul limbajului, apare capacitatea de a lega lucrurile între ele, aptitudine care naște progrese ale maturității, se creează spațial mintal, lumea conceptelor și relațiilor logice, cu degajarea treptată a spațiului concret, pe care încetul cu încetul îl domină.

Înaintea înlănțuirii conceptelor, copilul, din nevoia de a comunica cu altul în vederea acțiunii, a trebuit să se ridice deasupra participării sale cu obiectul în mișcarea lui, pentru a ajunge la reprezentarea sa, adică la semnificația sa, prin limbaj.

Aceasta explică de ce, de la 2 ani, ritmul dezvoltării se modifică pe măsură ce itemi care succed probele senzorio-motorii sunt din ce în ce mai intelectualizați.

Precizăm că nu există un raport între precocitatea sau întârzierea apariției limbajului și nivelele dezvoltării mintale ulterioare.

Pe lângă probele de limbaj prevăzute de toate scările de dezvoltare, există şi teste special elaborate pentru evaluarea dezvoltării limbajului la vârstele mici. Amintim în această direcţie "*Peabody Picture Vocabulary Test*". Acest test nu necesită ca un copil să se exprime prin limbaj; copilul indică imaginea corectă printre mai multe imagini atunci când obiectul sau acţiunea este numită. Capacitatea măsurată este înţelegerea şi recunoaşterea cuvintelor.

Reynell a elaborat scări de dezvoltare a limbajului, unele pentru explorarea înţelegerii şi altele pentru investigarea expresiei.

Limbajul presupune două aptitudini distincte legate de progresul maturaţiei:

- aptitudinea de a face cunoscute lucrurile prin cuvinte, apoi de a lega aceste cuvinte între ele după unele raporturi;

- posibilitatea de a articula două şi mai multe silabe succesive cu prioritatea înţelegerii cuvintelor.

Limbajul odată constituit, reprezintă un material care rămâne a fi utilizat. Inteligenţa apare ca o capacitate de a utiliza limbajul în judecăţi şi raţionamente din ce în ce mai complexe. Limbajul nu este, deci, inteligenţă, ci el exprimă inteligenţa.

Se poate admite că dacă limbajul se perfecţionează mai repede sub efectul unei cauze exterioare (sub influenţa grupului social) poate să rezulte o dezvoltare mai rapidă a inteligenţei.

3.5.4 Scările de dezvoltare Bailey

Scările de dezvoltare Bailey sunt rezultatul a douăzeci de ani de muncă începând cu 1928; în jur de 4500 de examene de sugari au contribuit la punerea la punct a versiunii prezente. Ele se compun din trei părţi:

- scara mentală, construită pentru a evalua dezvoltarea senzorială şi perceptivă, capacităţile de discriminare a stimulilor şi capacităţile de a reacţiona; dezvoltarea permanenţei obiectului şi capacităţilor de memorare, de învăţare şi de rezolvare a problemelor, vocalizările şi începutul comunicării verbale; primele manifestări ale capacităţii de a face generalizări şi clasificări, operaţii care constituie baza gândirii abstracte;

- scara motrică, elaborată pentru a furniza evaluarea gradului de control al motricităţii, pe de o parte coordonarea mişcărilor fine ale mâinii şi degetelor, pe de altă parte mişcările grupelor musculare corespunzătoare segmentelor corporale mai întinse. Rezultatele administrării scării motrice sunt exprimate şi ele sub forma unui scor standard, indice de dezvoltare psihomotorie;

BCU TRANSILVANIA UNIVERSITY LIBRARY

- observarea comportamentului sugarului în timpul şi după aplicarea scării mentale şi psihomotrice, făcută de clinician care evaluează maniera în care sugarul intră în relaţie cu anturajul sau/şi intră în contact cu obiectele neanimate; sunt studiate aici atitudinile sale, centrele sale de interes, emoţiile sale, nivelul activităţii motrice, tendinţa sa de a se depărta sau a se apropia de diverse surse de stimulare.

Utilitatea clinică

Utilizarea scărilor permite să situăm dezvoltarea unui copil dat în raport cu ceilalţi copii de aceeaşi vârstă.

Observarea comportamentului sugarului permite să notăm aspectele calitative ale comportamentului său în interacţiune cu mama sa şi cu examinatorul.

Indicii stabiliţi au însă o valoare limitată pentru predictibilitatea capacităţilor viitoare ale individului, deoarece viteza de dezvoltare a unui anumit copil poate să fie foarte variabilă de la o perioadă la alta.

Valoarea scărilor constă în informaţiile pe care le furnizează evaluarea în starea actuală şi în gradul deviaţiei dezvoltării sale în raport cu media sugarilor de aceeaşi vârstă. Punerea în evidenţă a unei deviaţii semnificative poate incita să cercetăm şi să punem în evidenţă cauzele retardului observat, care pot fi psiho-afective, senzoriale sau neurologice; de asemenea, pot favoriza identificarea unei stări patologice, sau a oferi baze pentru formularea diagnosticului.

Standardizarea

Scările au fost standardizate plecând de la examenul a 1462 sugari în vârsta de la 2 la 30 luni.

Constituirea eşantionului a fost reprezentativă pentru populaţia de copii de această vârstă din SUA, în jurul anului 1960. În constituirea eşantionului s-a ţinut cont de sex şi rasa copilului, de nivelul de studii al capului familiei şi locul de viaţă (rural sau urban).

Scările Bailey au fost în principal elaborate pentru a evalua dezvoltarea copiilor între 2 şi 30 luni. Durata medie de administrare a celor două scări este de aproximativ 45 minute.

3.5.5 Scările de dezvoltare a inteligenţei fundamentate pe teoria lui Piaget

După teoria lui Piaget, primul stadiu de dezvoltare al inteligenţei, stadiul senzorio-motor, se întinde de la naştere până în jur de 2 ani.

Dezvoltarea activităţii cognitive se observă în şase domenii:

- schemele operative,

- noţiunea de obiect,
- imitaţie,
- noţiunea de spaţiu,
- noţiunea de timp,
- cauzalitatea.

În fiecare din aceste domenii, Piaget descrie progresul dezvoltării în şase sub-stadii succesive. El afirmă că procesul dezvoltării se efectuează aproximativ într-o manieră paralelă în cele şase sectoare diferite. Astfel, un sugar care se găseşte în stadiul al III-lea de dezvoltare, la noţiunea de obiect trebuie să fie în acelaşi stadiu în sectorul "imitaţie" ca şi în celelalte domenii.

Casati şi Lezine, Escalona şi Corman, Uzgiris şi Hunt, bazându-se pe teoria lui Piaget au elaborat scările lor de dezvoltare a inteligenţei la sugar.

Aceste scări sunt numite "ordinale"; acest termen înseamnă că numerele stadiilor de dezvoltare (de la I la VI) indică ordinea în care ele progresează. Aceste numere nu indică că intervalele între numere sunt egale. De exemplu, dacă doi sugari sunt în stadiile VI şi V şi dacă doi alţi sugari sunt în stadiile V şi IV, nu putem afirma că diferenţa de dezvoltare între cei doi sugari ai fiecărei perechi este egală.

Dunst descrie scările lui Uzgiris şi Hunt şi utilizarea lor clinică. Aceste scări măsoară competenţele senzorio-motorii în şapte domenii:

- urmărirea vizuală şi permanentă a obiectului
- mijloacele pentru a suscita apariţia unor evenimente dorite în mediu (scheme operative);
- dezvoltarea imitaţiei vocale;
- dezvoltarea imitaţiei gestuale;
- dezvoltarea cauzalităţii operaţionale;
- construcţia relaţiilor spaţiale între obiecte;
- dezvoltarea schemelor de relaţie între obiecte;
- cauzalitate.

În practică, itemii testelor constau pentru examinator în a suscita situaţii proprii pentru a declanşa la sugar comportamente care implică atingerea unui stadiu dat în sectorul studiat.

Se prezintă în continuare maniera în care Dunst utilizează clinic scările lui Uzgiris şi Hunt. Descrierile cantitative se exprimă sub forma estimării vârstei de dezvoltare; estimările vârstei de dezvoltare sunt raportate la vârstele cronologice la care sugarul reuşeşte itemii scărilor şi mai precis, vârsta modală la care sugarul reuşeşte aceşti itemi. Şapte estimări de

vârstă de dezvoltare, corespund fiecare uneia din scările Uzgiris şi Hunt. Media celor şapte estimări este cunoscută ca o aproximare a vârstei senzorio-motorii generale a copilului.

Descrierile calitative sunt, pentru Dunst, punctul cel mai important al utilizării acestei scări. Trei tipuri de date sunt culese.

În primul rând, performanţa cea mai avansată este notată şi aceasta pentru fiecare din cele şapte domenii studiate. Această notaţie ne permite să constatăm dacă copilul a atins stadii diferite după domeniile considerate.

În al doilea rând, stadiul modal al performanţelor copilului este considerat stadiul în care copilul a atins cel mai mare număr de domenii studiate.

În al treilea rând, domeniile cele mai mature şi domeniile cele mai imature precum şi schemele cele mai caracteristice ce pot fi precizate pentru copil.

Scările de dezvoltare ale afectelor şi evaluare a schemelor de interacţiune

Pentru clinicieni sunt disponibile şi o serie de scări de evaluare standardizate în afara celor motorii, cognitive şi de limbaj. Ele sunt însă, ca număr, mult mai puţine şi mai ales standardizarea lor a fost mai puţin făcută. În momentul de faţă, diverse echipe au elaborat în funcţie de nevoile cercetărilor întreprinse, o serie de instrumente de evaluare: construcţia unora dintre aceste instrumente şi examenul proprietăţilor lor psihometrice sunt încă în curs de realizare.

Serge Stoleru, în studiul său asupra "scărilor de dezvoltare" prezintă cu titlul de ilustraţie două dintre aceste scări care vizează afectivitatea. El le descrie după prezentarea lui Solgom.

3.5.6 Scările Gaensbauer

O serie de cercetări recente arată că afectele sugarului cunosc o dezvoltare şi o maturare având aceleaşi caracteristici ca întreaga viaţă mintală. Ele evoluează către o diferenţiere, către apariţia unor sentimente din ce în ce mai nuanţate şi subtile. Diferitele categorii de afecte distincte pot fi identificate foarte precoce la sugari.

Scările Gaensbauer comportă *două elemente*:

- Pe de o parte, utilizarea sistematică a unui protocol elaborat în scopul de a suscita apariţia diverselor reacţii afective şi,

- Pe de altă parte, scările de cotare destinate pentru a obține o măsură cantitativă a intensității mai multor categorii de afecte.

Protocolul utilizat de Gaensbauer și colaboratorii săi, comportă situația întâlnită de sugar cu o persoană necunoscută în timpul prezentării itemilor scării mentale Bailey. Această prezentare este deci utilizată, în acest cadru, ca un procedeu destinat explorării afectelor sugarului; obiectivul specific utilizat nu este măsurarea indicelui de dezvoltare mentală. El comportă *5 faze*:

- perioada de joc (7 minute)
- venirea și apropierea examinatorului – persoana necunoscută (5 min.)
- test Bailey (15- 25 min.)
- separarea de mamă (3 min.) apoi revenirea mamei (2 min.)
- perioada de joc după plecarea examinatorului (3 min.)

Ansamblul protocolului este înregistrat pe bandă magnetoscopică și segmentat în intervale succesive de treizeci de secunde. Afectele sunt cotate, pentru fiecare interval, după o scară care comportă 9 grade. Afectele sunt identificate și intensitatea lor este evaluată plecând de la expresiile feței, de la vocalizări și de la comportamentele motorii. Sunt evaluate următoarele afecte: plăcerea, interesul dirijat către mamă, interesul dirijat către persoana necunoscută, interesul dirijat câtre mediul inanimat, frica, neliniștea, tristețea și depresia.

Aceste scări permit punerea în evidență, după Gaensbauer și Mrazek, a diferențelor importante între sugarii normali și sugarii victime ale serviciilor sau neglijențelor parentale. Acești ultimi sugari apar "deprimați", "nervoși", "repliați afectiv" sau "înclinați să răspundă oricui fără discriminare".

3.5.7 Evaluarea cu ajutorul schemelor de interacțiune(GLOS)

Greenspan și Lieberman au pus la punct o metodă standardizată, "*Greenspan - Lieberman Observational System* " (GLOS) destinată să descrie schemele de interacțiune mamă-sugar și să evalueze maniera cantitativă a unora dintre caracteristicile lor.

Interacțiunea mamă-copil are loc într-o situație semi-standardizată: caracteristicile camerei și materialul de joc pus la dispoziție diadei sunt aceleași de la o evaluare la alta, dar nu se cere mamei nici o sarcină precisă; se spune că scopul protocolului este de a cunoaște mai bine comportamentul copilului cu mama într-un moment în care nu se impune nici o sarcină specifică (hrănirea, curățenia de ex.).

BCU "Ovidius" Constanța - UNIVERSITY LIBRARY

Interacțiunea durează 10-12 min. și este înregistrată pe bandă magnetoscopică. Ea este apoi segmentată în secvențe de 5 secunde. Fiecare secvență este analizată și codată cu ajutorul unei serii de categorii. Aceste categorii sunt de *3 tipuri.*

- categorii care descriu comportamentele materne;

- categorii care descriu comportamentele sugarului;

-categorii care descriu relația sau absența aparentă a relației între comportamentele celor doi parteneri.

Acest ultim tip de categorii este dirijat la rândul său în *trei subtipuri*:

- răspunsul mamei la comportamentul sugarului poate să fie, în ochii observatorului, corespunzător intenției exprimate de sugar;

- răspunsul mamei poate fi, în ochii observatorului, în întâlnirea intenției exprimate de sugar;

- răspunsul mamei poate fi, în ochii observatorului, fără nici o relație cu intenția exprimată de sugar;

Aceste 3 tipuri de răspunsuri caracterizează în mod egal și răspunsurile sugarului la comportamentele materne.

Fiabilitatea GLOS a fost stabilită. Există o stabilitate în timp (test-retest) pentru intervale scurte de timp, iar pentru intervale de mai multe luni, rezultatele arată diferențe de la o evaluare la alta, diferențe care reflectă schimbările dezvoltării legate de vârsta copilului.

3.6 Instrumente de screening, testul Denver (T. D. II)

Unele evaluări standardizate sunt utile pentru a pune în evidență existența unei probleme patologice sau unei întârzieri în dezvoltare; funcția lor este deci mai mult de a releva o dificultate decât de a identifica natura sau a măsura cu precizie gradul de gravitate. Cea mai importantă probă în această direcție este *testul Denver* (The Denver Developmental Screening Test –T. D. II).

Testul Denver (DDST) a fost publicat prima dată în anul 1967. Scopul său principal a fost facilitarea decelării tulburărilor de dezvoltare la copil. Testul s-a bucurat de o apreciere deosebită, a fost adaptat și standardizat în foarte multe țări și a fost utilizat în testarea a peste 50 milioane copii.

Datorită acestei largi aplicări s-a impus o revizuire majoră a testului, concretizată în varianta Denver II (TD II) care a fost realizată în anul 1990.

Expunerea prezentă este făcută dupa varianta TD II.

BCU "CAROL I" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Descrierea testului

Testul TD II se aplică copiilor de la naştere până la vârsta de 6 ani. Aplicarea constă în evaluarea performanţei copilului în raport cu o varietate de sarcini adecvate vârstei.

Testul cuprinde *125 de probe* (de itemi) care sunt dispuşi în formularul testului în 4 parţi, fiecare explorând o serie de funcţii :

- *Socializarea* - personală: comunicarea, adaptarea cu adulţii şi interesul pentru nevoile proprii;

- *Motricitate fină* - adaptabilitate: coordonare ochi-mână, mânuirea de obiecte mici şi rezolvarea de diverse probleme;

- *Limbaj*: auz, înţelegere, folosirea limbajului;

- *Motricitate grosieră*: şedere, mers, sărit, mişcări musculare ample, globale.

Tot în test sunt incluşi 5 itemi denumiţi "test de comportament" . Aceşti itemi se completează după aplicarea celorlalţi itemi. " *Testul de comportament* " apreciază subiectiv comportamentul global al copilului şi se referă în mare, la modul în care copilul îşi foloseşte aptitudinile.

Prin itemii săi, testul îşi propune:

- screeningul copiilor cu probleme;

- confirmarea unor suspiciuni clinice prin folosirea unor măsurători obiective;

- monitorizarea copiilor cu risc în probleme de dezvoltare (de exemplu a copiilor cu tulburări perinatale).

În legătură cu testul Denver sunt necesare câteva precizări. În primul rând acest test nu este un test de inteligenţă, el nu funcţionează proiectiv asupra nivelului de adaptabilitate. El nu este un test diagnostic care să permită un prognostic asupra deficitului de învăţare, asupra tulburărilor de vorbire, sau asupra disfuncţiei emoţionale. Aşa cum se arată în manualul testului el nu trebuie substituit examenului clinic sau unei evaluări cu scop diagnostic.

"TD II este destinat comparării performanţei unui anumit copil în faţa unei varietăţi de probe, cu performanţele altor copii de aceeaşi vârstă".

Pregătirea examinatorilor

TD II a fost conceput pentru aplicarea în clinici şi instituţii de copii mici de către diverse categorii de specialişti şi nespecialişti.

Testarea trebuie aplicată doar de către persoane familiarizate cu materialele şi procedurile testării copiilor mici. Testul trebuie aplicat într-o manieră standardizată; examinatorii trebuie atent pregătiţi şi trebuie să treacă testul de calificare înainte de a aplica TD în scopuri clinice. Persoanele care au mai utilizat variante anterioare – DDST, ca şi cele

ce nu au mai făcut-o, sunt sfătuite să parcurgă întregul program de pregătire şi să îşi evalueze calificarea.

Aplicarea în clinică şi cercetare

Valoarea esenţială a TD II este aceea de a pune la dispoziţie o imagine clinică, organizată a dezvoltării generale a unui copil şi de a alerta examinatorul în faţa unor posibile tulburări de dezvoltare. TD II trebuie folosit în primul rând pentru a compara un copil cu alţi copii de aceeaşi vârstă. Testul nu are valoare de prognoză asupra dezvoltării ulterioare a copilului. Manualul tehnic al TD II prezintă date amănunţite asupra revizuirilor şi restandardizărilor testului, precum şi informaţii detaliate în legătură cu toate probele în TD II.

Avantajul TD II faţă de alte scale de dezvoltare îl constituie faptul că fiecare din cei 125 de itemi este reprezentat în formular printr-o bandă care spaţializează, la care 25%, 50%, 75%, 90% din copiii cuprinşi în eşantionul standard au trecut acest punct .

3.7 Metode şi instrumente folosite în evaluarea calităţii ataşamentului

3.7.1 Chestionarul de ataşament Q-sort

Chestionarul de ataşament Q- sort, împreună cu Strange Situation, a fost gândit şi utilizat de M. Ainshworth (Ainsworth, Bell & Stayton, 1973) pentru a completa datele şi observaţiile asupra comportamentului de ataşament al copilului. Complexitatea acestui comportament, revelat în studiile în teren şi observaţiile de laborator au demonstrat nevoia de a dezvolta o astfel de tehnică şi principalele trei raţiuni sunt: (1) pentru a avea la îndemână o metodologie economică pentru examinarea relaţiilor dintre comportamentul de ataşament şi clasificările date de Strange Situation; (2) pentru a defini mat bine (cu ajutorul Q- sort) componentele comportamentale ale conceptului de "bază de securitate" şi (3) pentru a stimula interesul asupra studierii comportamentului de securitate şi diferenţele individuale în ataşamentul sigur în copilărie. Aceasta metodă poate fi folosită şi pe populaţia clinică. Ca urmare a studiilor făcute în timp şi a validităţii demonstrate, metoda a fost folosită şi ulterior adaptată şi pentru populaţii de copii şcolari (Ann Shields & Dante Cicchetti, 1997). Chestionarul de ataşament Q-sort este un set de 90 de itemi care apar sub forma unor propoziţii ce caracterizează comportamente de ataşament. Deşi iniţial chestionarul este descris ca fiind aplicat de observatorul care face studiul sau cercetarea, ulterior a fost pus la punct un instructaj care abilitează mama să descrie comportamentul copilului, ea fiind persoana care cunoaşte cel mai bine copilul (Teti D. M. & McGourty, 1996). Mama sau persoana de

referință este rugată să selecteze itemii în funcție de comportamentul descris. Selecția se face pe o scală de 9 puncte, de la non caracteristic (1) la foarte caracteristic (9).

Evaluarea se poate face în mai multe feluri. Se poate da o valoare fiecărui item care este caracteristic unei trăsături sau pattern de interacțiune ce urmează a fi evaluată (ex. sensibilitatea). La nivel micro fiecare item poate fi studiat ca indicativ pentru comportamentul unui copil. În acest studiu scorurile pentru fiecare copil vor fi comparate cu rezultate standard selectate pe criteriile de securitate şi dependență (Waters, 1985; pentru PC IBM exista o dischetă cu programul).

După ce WPS a fost completat, a urmat o lungă sesiune de completare a chestionarului Q- sort care cuprinde 90 de itemi şi pe care mama / îngrijitorul de referință trebuia să-i aranjeze pe o scală de 9 puncte. Am dat următoarele instrucțiuni, extrase din materialul lui Waters (1985) :

a) pe aceste cartoane este scrisă câte o propoziție. Fiecare propoziție descrie mai mult sau mai puțin caracteristicile comportamentului copilului în interacțiune cu tine.

b) gândește-te la copil şi încearcă să-ți faci o imagine generală despre el, nu la situații particulare ne referim aici.

c) aranjează aceste 90 de propoziții pe o scală de la 1 (Nu este deloc caracteristic pentru copil) la 9 (este foarte caracteristic pentru copil), la sfârşit va trebui să avem câte 10 cartoane pe fiecare coloană.

d) dacă n-ai observat în practică acel comportament enunțat în propoziție, poți extrapola la alte situații sau comportamente care pot fi caracteristice pentru acest tip de situație.

e) ordinea aranjării propozițiilor să se bazeze pe importanța itemului care descrie un copil specific şi nu pe frecvența comportamentului.

f) în timpul aranjării propozițiilor şi după ce ai terminat să te gândeşti dacă prin aranjarea lor ai descris corect comportamentul copilului, astfel încât un străin după ce vede această descriere să poată identifica acest copil într-un grup.

După aceste explicații nu am mai intervenit, excepție făcând întrebările puse de mamă/îngrijitoare referitor la înțelesul propoziției.

Interviul de atașament Q-sort

1. Copilul o lasă pe mamă să-i adune lucrurile sau face aceasta împreună cu ea, dacă mama îi cere.

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Minim – refuză

2. Câteodată, când copilul se întoarce la mama sa după joc, este agitat fără motiv.

Minim – copilul este fericit şi îşi manifestă afecţiunea când se întoarce la mama sa în timpul sau după joc.

3. Când este supărat sau lovit, acceptă să fie liniştit şi de altă persoană decât de mamă.

Minim – mama este singura pe care o acceptă să-l liniştească.

4. Copilul este drăguţ şi atent cu jucăriile şi cu animalele.

5. Copilul este mai mult interesat de oameni decât de lucruri.

Minim – mai mult interesat de lucruri de cât de persoane.

6. Când copilul este lângă mama sa şi vede ceva cu care ar vrea să se joace, se agită şi încearcă să-şi tragă mama spre acel obiect.

Minim – se îndreaptă spre ceea ce-şi doreşte fără să se agite şi fără să-şi tragă mama.

7. Copilul râde şi zâmbeşte cu uşurinţă, unor diferiţi oameni.

Minim – mama poate să-l facă să râdă sau să zâmbească mult mai uşor decât oricine altcineva.

8. Când copilul plânge, plânge tare.

Minim – plânge superficial, oftează sau plânsul nu durează mult.

9. Copilul este binedispus şi jucăuş cea mai mare parte a timpului.

Minim – copilul tinde să fie serios, trist, nu se bucură.

10. Copilul plânge adesea sau rezistă când mama încearcă să-l culce sau să-i schimbe scutecele.

11. Copilul îşi îmbrăţişează sau îşi mângâie mama des, fără ca aceasta să-i ceară sau să-l invite să o facă.

Minim – copilul nu-şi îmbrăţişează mama decât dacă aceasta îl îmbrăţişează mai întâi sau îi cere să o îmbrăţişeze el.

12. Copilul se obişnuieşte repede cu persoane sau lucruri care iniţial l-au intimidat sau speriat.

Mediu – niciodată timid sau speriat.

13. Când copilul îşi manifestă disconfortul (exemplu, plânge) la plecarea mamei, el continuă să plângă sau devine supărat după plecarea ei.

Mediu – nu se supără la plecarea mamei

Minim – plânsul încetează imediat după plecarea mamei.

14. Când copilul găseşte o jucărie nouă, o duce mamei să i-o arate sau i-o arată la o anumită distanţă.

BCU "ION CREANGĂ" UNIVERSITY LIBRARY

15. Copilul vorbeşte cu persoane noi, le arată jucării sau le arată ce ştie să facă dacă mama îi cere acest lucru.

16. Copilul preferă jucării care redau vietăţi (păpuşi, animale de pluş)

Minim – preferă mingea, cuburi, creioane sau alte obiecte.

17. Copilul îşi pierde rapid interesul pe care îl are asupra adulţilor noi, dacă aceştia îl plictisesc

18. Copilul urmează sugestiile mamei, chiar dacă sunt în mod clar sugestii şi nu ordine.

Minim – ignoră sau refuză sugestiile şi ia în considerare doar ordinele

19. Copilul îşi ascultă mama când aceasta îi cere să-i aducă sau să-i dea obiectul care îl are în mână (nu contează refuzurile în joacă) sau care fac parte dintr-un joc, interesează doar când nu este ascultător.

Minim – mama trebuie să-i ia obiectul sau să ridice vocea la el ca să obţină obiectul

20. Copilul nu pare tulburat atunci când cade, se împiedică sau se loveşte.

Minim – plânge la orice mică împiedicare, cădere, lovire

21. Copilul ţine minte (ţine cont de) locul în care se află mama sa în timp ce el se joacă în casă sau în jurul casei. O strigă (cheamă) din când în când. Observă dacă ea trece dintr-o cameră în altă. Observă dacă ea îşi schimbă activitatea

Mediu – copilului nu i se permite sau nu are loc să se joace departe de mamă

Minim – nu ţine minte

22. Copilul se poartă ca un părinte afectuos cu păpuşile, animalele sau copiii din jurul său.

Mediu – copilul nu se joacă sau nu are în jurul său păpuşi, animale sau copii.

Minim – se joacă cu ei în alte feluri.

23. Când mama este ocupată cu alţi membrii ai familiei sau când încearcă să-şi manifeste afecţiunea faţă de ei, copilul încearcă să atragă toată atenţia mamei asupra sa.

Minim – copilul permite mamei să-şi manifeste afecţiunea faţă de alţi copii. Participă şi el, dar fără să fie gelos.

24. Când mama foloseşte un ton hotărât, sau când ridică vocea la el, copilul devine supărat, ruşinat deoarece îşi nemulţumeşte mama (nu se punctează mult dacă acest copil este supărat doar de vocea ridicată sau dacă îi este teamă să fie pedepsit)

25. Mama pierde uşor urma copilului când acesta se joacă în afara câmpului ei vizual.

Mediu – nu se joacă niciodată în afara câmpului ei vizual

BCU "ASSOCIATRAL UNIVERSITY" LIBRARY

Minim – vorbeşte şi strigă când este în afara câmpului vizual al mamei. Este uşor de găsit, de urmărit, mama ştie cu uşurinţă ce se joacă copilul

26. Copilul plânge când mama îl lasă acasă cu tata, bunicul sau altă persoană care să îl îngrijească.

Minim – nu plânge în prezenţa nici unuia dintre aceştia

27. Copilul râde când mama îl necăjeşte în joacă (îl tachinează)

Mediu – mama nu îl ironizează (nu râde de el) în timpul jocului sau conversaţiei.

Minim – se supără.

28. Copilului îi place să se relaxeze în braţele mamei.

Mediu – copilul nu stă liniştit

Minim – preferă să se relaxeze pe podea sau pe pat

29. Uneori copilul este atât de adâncit în activitatea sa, încât pare să nu audă când cineva îi vorbeşte.

Minim – chiar dacă este foarte adâncit în joc, copilul observă când cineva vorbeşte cu el.

30. Copilul se enervează adesea, vărsându-şi furia asupra jucăriilor

31. Copilul doreşte să fie în centrul atenţiei mamei. Când mama este ocupată sau când vorbeşte cu cineva, el o întrerupe.

Minim – nu observă sau nu îi pasă că nu este în centrul atenţiei mamei.

32. Când mama îi spune nu, sau îl pedepseşte, copilul nu se mai poartă urât (cel puţin în momentul acela). Nu trebuie să i se spună de două ori.

33. Câteodată copilul doreşte (sau dă impresia că doreşte) să fie pus jos (când este ţinut în braţe) dar se agită şi vrea să fie ridicat imediat după aceea.

34. Când copilul se supără deoarece mama l-a lăsat singur, se aşează în locul în care se află şi începe să plângă. Nu se duce după ea.

Mediu - nu se supără niciodată când mama îl lasă singur

Minim – pleacă după ea dacă se supără, sau plânge când este părăsit.

35. Copilul este independent de mama sa. Preferă să se joace singur, îşi părăseşte mama cu uşurinţă când doreşte să se joace.

Mediu - nu i se permite sau nu există suficient spaţiu pentru a se juca la distanţă de mama sa.

Minim – preferă să se joace cu mama sa sau lângă ea.

36. Copilul are în mod clar obişnuinţa să-şi folosească mama ca bază de plecare în explorare. Pleacă de lângă ea ca să se joace, se întoarce şi se joacă lângă ea, pleacă din nou.

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Minim – pleacă întotdeauna de lângă ea şi nu revine sau stă tot timpul lângă ea.

37. Copilul este foarte activ, se mişcă tot timpul. Preferă jocurile active celor tăcute.

38. Copilul este insistent şi nerăbdător cu mama sa. Se agită până când mama face ce i se cere.

39. Copilul este mai serios, cu o figură mai gravă, când se joacă departe de mama sa sau când este singur cu jucăriile.

Minim – de obicei râde şi se distrează când se joacă departe de mamă sau când este singur cu jucăriile.

40. Copilul examinează obiectele sau jucăriile mai în detaliu, foarte atent. Încearcă să le folosească în mai multe feluri.

Minim – prima privire este în mod obişnuit scurtă, superficială (chiar dacă se va întoarce mai târziu la obiectul respectiv)

41. Copilul îşi urmează mama când aceasta îi cere (nu ţinem cont de refuzuri sau de întârzieri în joc, ca parte a jocului, ci doar de refuzurile în care, în mod evident este neascultător)

42. Copilul recunoaşte (îşi dă seama) când mama este supărată, devine şi el supărat. Încearcă să o liniştească, întreabă ce s-a întâmplat.

Minim – nu îşi dă seama, continuă să se joace, se comportă cu ea ca şi când totul este în regulă.

43. Copilul stă aproape de mama sa şi se întoarce lângă ea, mai des decât i-ar cere ea acest lucru.

44. Copilului îi face plăcere şi chiar îi cere mamei să-l ia în braţe, să-l pupe sau să-l mângâie.

Minim – nu-i place în mod special. Tolerează dar nu cere, doreşte să fie pus repede jos.

45. Copilul dansează sau cântă cu plăcere când aude muzica.

Minim – nu-i place, nici nu-i displace muzica, este indiferent

46. Copilul merge sau aleargă fără să se împiedice, să cadă sau să se lovească.

Minim – se împiedică, se loveşte, cade mereu (chiar dacă nu se răneşte)

47. Copilul acceptă şi-i fac plăcere sunetele puternice şi ţopăiala în timpul jocului, dacă mama îi zâmbeşte şi îi dă de înţeles că este ceva distractiv.

Minim – copilul devine supărat chiar dacă mama îi dă de înţeles că sunetele şi activitatea sunt distractive şi nu sunt periculoase.

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

48. Copilul acceptă repede să-şi împartă sau să-şi ofere lucrurile persoanelor noi dacă acestea îi cer acest lucru.

49. Fuge la mamă cu un zâmbet timid când persoane noi vizitează casa.

Mediu – copilul nu fuge deloc la mamă când vin persoane noi

Minim – chiar dacă se obişnuieşte repede cu vizitatorii, iniţial copilul fuge la mama speriat sau plângând.

50. Prima reacţie a copilului când alte persoane vizitează familia sa, este de a le ignora sau de a le evita chiar şi atunci când aceştia încearcă să se apropie de el.

51. Copilului îi place să se cațere pe vizitator când acesta se joacă cu el.

Mediu – nu se va juca cu vizitatorul

Minim – nu caută un contact strâns cu vizitatorul când acesta se joacă cu el.

52. Copilul are dificultăţi în manipularea obiectelor mici sau la îmbinarea acestora.

Minim – este foarte priceput în manipularea obiectelor mici, a creioanelor etc.

53. Copilul îşi îmbrăţişează mama (mânuţele în jurul ei) sau îşi pune mâna pe umărul ei atunci când ea îl ia în braţe.

Minim – acceptă să fie luat în braţe, dar nu o ajută să facă acest lucru sau nu o îmbrăţişează şi el.

54. Atunci când mama încearcă să-l ajute, copilul se poartă ca şi cum ar aştepta ca mama să intervină în activităţile sale

Minim – acceptă ajutorul mamei, pregătit fiind, exceptând cazurile când intervine cu adevărat în activităţile copilului.

55. Copilul copiază comportamente sau metode de a face unele lucruri urmărind comportamentul mamei.

Minim – nu se poate observa că a copiat ceva din comportamentul mamei

56. Copilul devine timid sau îşi pierde interesul când o activitate i se pare dificilă.

Minim – crede că poate realiza activităţi dificile.

57. Copilul nu se teme.

Minim – copilul este precaut şi plin de teamă.

58. Copilul ignoră cu desăvârşire persoana care vizitează familia. Găseşte propriile activităţi mai interesante.

Minim – vizitatorul i se pare destul de interesant, chiar dacă este puţin timid la început.

59. Când copilul termină o activitate sau un joc, de obicei îşi găseşte o preocupare fără a se întoarce la mama sa între două activităţi.

BCU "LUCIAN BLAGA" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Minim – când a terminat o activitate sau un joc, se întoarce la mama sa pentru a se juca, pentru reconfortare sau pentru a fi ajutat să-şi găsească o nouă activitate.

60. Dacă mama îl asigură prin cuvinte că "este în ordine" sau "nu-ţi face nimic rău", copilul se apropie sau se joacă cu obiectele care iniţial l-au speriat.

Mediu - niciodată precaut sau speriat.

61. Se joacă cu duritate cu mama. Se izbeşte, zgârie, muşcă în timpul jocului activ, (nu vrea cu adevărat să-şi rănească mama).

Mediu - joaca nu este niciodată prea activă

Minim – se joacă activ fără să-şi rănească mama.

62. Când copilul este în bună dispoziţie, este în stare să rămână aşa toată ziua.

Minim - buna dispoziţie îi trece foarte repede.

63. Chiar dacă a reuşit înainte să facă anumite lucruri, copilul încearcă să obţină mai întâi ajutorul cuiva în acea activitate

64. Copilului îi place să se cațere pe mamă când se joacă împreună.

Minim - nu ţine neapărat să-şi atingă mama când se joacă

65. Copilul se supără uşor când mama încearcă să-i schimbe activitatea (chiar şi atunci când aceasta este una din activităţile preferate ale copilului)

66. Copilul se împrieteneşte repede cu adulţii care îi vizitează casa şi sunt prietenoşi cu el.

Minim – nu intră uşor în contact cu oamenii pe care nu i-a mai văzut

67. Când familia are vizitatori, copilul doreşte să atragă atenţia acestora asupra sa.

68. În medie, copilul este tipul de persoană, mai activă decât mama sa.

Minim – În medie, copilul este mai puţin activ decât mama, mai apatic.

69. Cere foarte rar ajutorul mamei.

Mediu - copilul este prea mic ca să ceară ajutor

Minim – cere adesea ajutorul mamei

70. Copilul îşi întâmpină (salută) mama imediat ce ea intră în cameră, printr-un zâmbet (sau îi arată o jucărie prin gesturi, sau îi spune ceva de bun venit).

Minim – nu îşi salută mama, numai dacă ea îl salută întâi.

71. Dacă este ţinut în braţele mamei, copilul se opreşte din plâns şi îşi revine repede după cea a fost speriat sau supărat.

Minim – nu se linişteşte repede

72. Dacă vizitatorul râde sau aprobă acţiunea copilului, acesta va repeta acea acţiune tot mai des.

BCU "MIHAI EMINESCU" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Minim – reacția vizitatorului nu influențează copilul în acest fel

73. Copilul are o jucărie preferată sau o pernă pe care o cară după el, o ia cu el în pat sau o îmbrățișează când e supărat (nu se include sticla de lapte sau suzeta, în cazul copilului sub 2 ani)

Minim – nu are asemenea obiecte preferate.

74. Când mama nu face ceea ce dorește copilul în acel moment, se poartă ca și când mama nu ar dori să facă acel lucru (se agită, se supără, se îndreaptă spre alte activități)

Minim – are răbdare pentru un timp rezonabil, ca și cum ar aștepta ca mama să facă într-un timp scurt ceea ce dorește.

75. Acasă copilul se supără sau plânge când mama părăsește camera (o urmează sau nu).

Minim – observă plecarea ei, o urmează dar nu se supără.

76. Dacă ar fi să aleagă, copilul preferă să se joace cu jucăriile și nu cu adulții.

Minim- preferă să se joace cu adulții decât cu jucăriile.

77. Când mama îi cere copilului să facă ceva el înțelege imediat ce anume dorește mama (nu este foarte important dacă execută sau nu).

Mediu – copilul este prea mic ca să înțeleagă

Minim – uneori nu pricepe sau înțelege greu ce anume dorește mama

78. Copilului îi place să fie îmbrățișat sau ținut în brațe de alți oameni, decât de părinți și/sau bunicii săi.

79. Copilul se supără ușor pe mama sa.

Minim – nu se supără pe mama sa decât dacă ea este foarte sâcâitoare sau când este foarte obosit.

80. Copilul folosește mimica (expresia facială) mamei ca pe o sursă de informații când ceva pare riscant sau îl sperie.

Minim – își folosește propria minte (judecă singur situația) fără să verifice mai întâi mimica mamei .

81. Copilul plânge pentru a determina mama să facă ceea ce vrea el.

Minim – de obicei plânge din cauză că se simte obosit, trist, înfricoșat.

82. Copilul își petrece majoritatea timpului jucându-se doar cu puține jucării favorite sau cu anumite activități favorite.

83. Când copilul este plictisit merge la mama încercând să găsească ceva de făcut.

Minim – se învârte de colo-colo sau nu face nimic pentru un timp până când apare ceva de făcut

BCU "ALECU RUSSO" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

84. Copilul face un mic efort să fie curăţenie şi ordine în jurul lui.

Minim – copilul stropeşte sau aruncă lucruri pe el sau pe podea tot timpul.

85. Copilul este puternic atras de activităţi şi jucării noi.

Minim – lucrurile noi nu îi distrag atenţia de la jucăriile sau activităţile cu care este deja obişnuit.

86. Copilul încearcă să o facă pe mama să îl imite sau observă imediat şi îi place dacă mama îl imită pe el sau chiar pe ea însăşi.

87. Daca mama râde sau aprobă ceva ce a făcut copilul el repetă gestul.

Minim – nu îl influenţează în mod special.

88. Când se întâmplă ceva ce îl supără pe copil, el rămâne acolo unde se află şi începe să plângă.

Minim – se duce la mama sa când plânge. Nu o aşteaptă pe mamă să vină la el.

89. Expresia facială (mimica) a copilului este puternică şi clară când acesta se joacă cu ceva.

90. Dacă mama se mută mai departe, copilul o urmează continuând să se joace aproape de locul unde s-a dus ea.

Mediu – copilului nu îi este permis sau nu are loc să se joace departe de mamă.

3.7.2 Exemplu de combinare a metodelor de investigare folosite în programul Casa cu ferestre deschise

Sesiune stres la separare (SSS)

Am intenţionat să urmăm o procedură identică pentru toţi subiecţii. Dar datorită unor circumstanţe specifice pentru un studiu "în teren", apar întotdeauna mici diferenţe între sesiuni. Am fost nevoiţi să improvizăm pentru a putea observa mama şi copilul (uneori am făcut observaţia de pe balcon sau dintr-o debara), sau am fost nevoiţi să refixăm electrozii în timpul SSS. Aceste dezavantaje sunt de aşteptat într-o situaţie naturală şi validitatea ecologică a organizării poate fi văzută ca o compensaţie.

Persoanele prezente au fost experimentatorul, un asistent, mama sau persoana de referinţă pentru copil şi copilul. Asistentul a fost folosit ca persoană străină în timpul Sesiunii Stress la Separare (vezi SSS).

În toate cazurile, pentru Sesiunea Stres la Separare am folosit o cameră cunoscută de copii, pe care am amenajat-o în aşa fel încât să fie destul loc de mişcare şi în acelaşi timp copilul să se poate juca cu jucăriile lui preferate sau pentru care am observat că manifestă interes. În cazul copiilor din grupul de control, am folosit sufrageria, în majoritatea cazurilor

BCU "LUCIAN BLAGA" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

aceasta fiind încăperea cea mai spațioasă dar și datorită faptului că pentru o bună observare am fost nevoiți să stăm pe balcon. Faptul că nu trebuia să fim văzuți de copil în timpul SSS a fost mai important în acest studiu decât chiar acuratețea observației în amănunt.

Pregătirea subiecților pentru SSS

Copilul și părintele/îngrijitorul de care copilul era atașat au fost pregătiți în alta încăpere, alăturată de cea în care se va desfășura experimentul. Am dat explicații clare, în special copilului, despre ce va urma, i-am arătat aparatul de care nu doream să se sperie. Am atașat electrozii mai întâi părintelui/îngrijitoarei în prezența copilului. După ce am atașat și copilului electrozii și am fixat pe curea sau am pus într-unul din buzunare aparatul de înregistrare, ofeream copilului o jucărie sau o mică bomboană pentru a-i distrage atenția, în general copii au pierdut repede interesul pentru "cutiuța" din buzunar. S-au comportat normal, cu câteva excepții în care copiii și-au amintit de electrozi sau firele de legătură când în mișcare le-au atins, dar au revenit la jocul lor. În acest timp se dădeau ultimele explicații părintelui/ îngrijitoarei, faza de pregătire luând sfârșit când și experimentatorul și asistentul părăseau încăperea și urma să se deruleze scenariul Sesiunii Stres la Separare.

Principiul metodei

Respectând mai mult sau mai puțin versiunea originală consacrată de Ainsworth a Situației Neobișnuite – „Strange Situation" (SS), sesiunea organizată de noi am denumit-o. Sesiunea Stres la Separare (SSS). Stresul a fost evocat la copil prin separarea de mamă /îngrijitor de referință și/ sau fiind cu un străin sau total singur. Am divizat sesiunea în 6 faze:

- Mama / îngrijitori de referința singură cu copilul pentru 10 minute. Aceste 10 minute au fost considerate ca fiind suficiente pentru stabilirea unei bune măsurători a ritmului cardiac atât la copil cât și la adult, și de asemenea, pentru a lăsa un timp mamei / îngrijitorului de referință să se obișnuiască cu situația.

Menționez aici că au fost luate în calcul doar ultimele 3 minute de bătăi ale inimii.

- Un străin intră în cameră. Salută mama și copilul, interacționează cu ei în mod natural, dar lasă inițiativa mamei sau copilului. Timp - 3 minute.

- Mama pleacă din încăpere fără să dea explicații, dar poate să salute. Străinul poate consola copilul dacă e necesar, dar nu are voie să spună că mama se va "întoarce imediat". Timp - 3 minute

- Mama revine în cameră. Interacțiunea continuă ca în faza 2. Timp - 3 minute.

- Străinul și mama / îngrijitoarea iasă din cameră, pot saluta copilul dar nu dau explicații de nici un fel copilului. În funcție de gradul de distres observat la copil, acesta e lăsat singur 3 minute (cel puțin 2' 30").

- Mama se întoarce singură. Consolează copilul, dacă e cazul, sau interacţionează cu el timp de încă 3 minute. Aici se încheie sesiunea, toată lumea poate să intre.

După ce sesiunea s-a terminat şi numai când copilul nu mai dă nici un semn de distres, se îndepărtează electrozii ce au fost lipiţi pe piele şi se scoate aparatul care a înregistrat (sistemul de monitorizare ambulator)

Sistemul de monitorizare ambulatoriu

Acest aparat pentru măsurarea ritmului cardiac şi schimbărilor în impedanţa toracică a fost, din câte ştiu, folosit pentru prima dată la copii de vârsta mică în ţara noastră. În acest studiu ne-a interesat în special ritmul cardiac.

Principalul avantaj al acestui aparat este că după ce se ataşează electrozii pe piele (6 sau 7), măsurătoarea poate fi făcută în condiţii normale. Aceasta se întâmplă fără ca aparatul să influenţeze comportamentul subiectului. În comparaţie cu aparatele standard din laborator, acest aparat face măsurători fidele (de Geus&Van Doomen, 1995; 1996).

Scala de dezvoltare WPS- Profil de dezvoltare II

Este un inventar de abilitaţi pentru evaluarea dezvoltării copilului de la naştere până la 9 ani. Conţine 186 de itemi şi se administrează sub forma unui interviu persoanei care cunoaşte cel mat bine copilul.

Aceasta scală este divizată în 5 parţi separate:

- fizic, scala măsoară dezvoltarea fizică prin determinarea abilitaţilor de coordonare a muşchilor, flexibilităţii, abilitaţi motrice secvenţiale;

- autoservire, această scală evaluează gradul în care copilul este capabil să se mişte independent în mediul său, să se îngrijească pe el sau pe alţii, să mănânce, să se îmbrace sau să rezolve o sarcină;

- social, această scală măsoară abilităţile de relaţionare interpersonală. Nevoile emoţionale ale copilului faţă de persoanele cu care vine în contact, maniera în care relaţionează cu prietenii, familia sau adulţi străini exemplifică abilităţile ce măsoară performanţa în situaţii sociale;

-academic, scala măsoară abilităţile intelectuale ;

-comunicare, scala măsoară abilităţile de comunicare receptivă şi expresivă prin limbaj verbal şi non-verbal.

La finalul interviului se calculează scorul care se scade sau adaugă la vârsta cronologică a copilului. Scala de dezvoltare II WPS este prezentată în anexa nr. 1.

Scala de dezvoltare a fost completată de către experimentator cu ajutorul mamei / îngrijitorului de referință . La finalul testării s-a obținut pentru fiecare copil un grafic care reprezenta gradul sau de dezvoltare pe cele 5 nivele.

Chestionarul asupra percepției de către adult a nevoilor copilului mic

În ultimele decenii mica copilărie s-a bucurat de o atenție deosebită din partea specialiștilor. S-a constatat că evenimentele pe care le trăiește copilul în relațiile sale cu familia în primii ani de viața determină în mare măsura structura întregii sale dezvoltări psihice, lăsându-se și amprenta asupra personalității sale.

Chestionarul de față urmărește să investigheze imaginea nevoilor copilului mic așa cum apare ea în mintea părinților și a profesioniștilor din zona în care locuim.

Care sunt nevoile copilului mic și ce trebuie să știe părinții și profesioniștii pentru a recunoaște aceste nevoi și a le satisface pentru a preveni instalarea unor tulburări durabile, cu impact în viața de adult.

1. Enumerați principalele nevoi pe care le are
   a) noul născut (0 – 1 lună)
   b) sugarul (1 lună – 1 an)
   c) copilul mic (1 – 3 ani)
2. De ce informații considerați că are nevoie un părinte pentru a putea da răspuns la întrebările cu privire la creșterea și educarea copilului mic?
3. Ce vă amintiți despre creșterea copilului mic din poveștile spuse de mama sau bunica? (tradiții culturale)
4. Notați trei situații deosebite în care, ca părinte, ați simțit nevoia să fiți sfătuit, ajutat, sprijinit sau ca profesionist ați sfătuit, ajutat și sprijint?
5. Vă consultăm cu privire la elaborarea unui program de formare a părinților pentru Mica Copilărie, propuneți trei teme pe care le considerați necesare din perspectiva personală sau profesională.

3.8 Tulburarea de atașament reactivă în copilăria precoce - criterii de diagnostic

A. Relațiile sociale marcat perturbate și necorespunzător dezvoltate în majoritatea contextelor începând înaintea vârstei de 5 ani evidențiate prin una din următoarele:

BCU "ALEXANDRU IOAN CUZA" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

1. Eşecul persistent de a iniţia sau a răspunde într-un mod adecvat developmental la majoritatea interacţiunilor sociale, manifestându-se printr-o răspundere excesiv de inhibat, hipervigilent sau extrem de ambivalentă şi răspunsuri contradictorii (ex. un copil poate răspunde la persoanele de îngrijire cu un amestec de apropiere, evitare, rezistenţă la mângâiere sau privire îngheţată)
2. Ataşamente difuze manifestate prin sociabilitate nediscriminativă cu o inabilitate marcată de a dovedi ataşamente selective corespunzătoare (ex. familiaritate excesivă cu persoane apropiate sau străine, absenţa selectivităţi în alegerea persoanelor de care se ataşază)

B. Perturbarea din criteriul A nu justifică doar ea singură întârzierea developmentală (ca în retardarea mentală) şi nu întruneşte criteriile pentru o tulburare developmentală pervazivă de dezvoltare.

C. Îngrijire patogenă evidenţiată de cel puţin una din următoarele :

1. indiferenţă persistentă faţă de nevoile emoţionale de bază ale copilului: pentru confort, stimulare şi afecţiune (ex. pedespsirea prea severă de către persoana de îngrijire, neglijarea substanţială de către persoana de îngrijire)
2. indiferenţa persistentă faţă de nevoile fizice de bază ale copilului (incluzând alimentaţia, locuinţa adecvată şi protecţia faţă de pericolul sau molestarea fizică incluzând abuzuri sexuale)
3. schimbări repetate ale persoanei de îngrijire iniţiale care împiedică formarea de ataşamente stabile (ex. schimbări frecvente ale plasamentelor familiale)

D. Există presupunerea că îngrijirea de la criteriul C este responsabilă pentru comportamentul perturbat de la criteriul A (ex. perturbările de la criteriul A. au început într-o fază care urmează îngrijirii patogene de la criteriul C.)

Tipul inhibat : Dacă predomină criteriul A1 în prezentarea clinică.

Tipul dezinhibat : Dacă predomină criteriul A2 în prezentarea clinică.

BCU IAŞI - BIBLIOTECA CENTRALĂ UNIVERSITARĂ

3.9 Criterii de diagnostic propuse de Charles Zeanah pentru tulburările de ataşament precoce

Tulburarea de ataşament de tip I „neataşat"

1. Copilul nu demonstrează o preferinţă pentru o anume persoană de îngrijire, chiar şi atunci când este speriat, bolnav, rănit sau în alte situaţii care în mod obişnuit stimulează sistemul comportamental de ataşament.

2. Copilul nu protestează la separare sau protestează la separare fără discriminare (plânge la precarea oricui sau e indiferent la plecarea mamei).

3. În cazul în care copilul este sociabil cu cineva, o face în mod nediscriminativ.

4. Copilul are o vârstă mentală de cel puţin 8 luni.

Tulburarea de ataşament de tip II „nediscriminativ"

1. Copilul părăseşte în repetate rânduri siguranţa conferită de prezenţa figurii de ataşament şi hoinăreşte fără să se asigure (părăseşte casa şi merge pe stradă, se pierde în public etc.).

2. Copilul are un model de a intra uşor în situaţii cu risc de lezare fizică.

3. Copilul poate arăta un comportament etichetat drept promiscuitate socială, (deschidere şi prietenie sau de căutare a mângâierilor excesive, a hranei de la adulţi, cunoscuţi sau străini).

4. Simptomele nu pot fi explicate prin tulburarea de deficit de atenţie şi hiperreactivitate.

5. Există două subtipuri:

a) social cu promiscuitate

- prietenia nediscriminată şi responsivitatea socială slabă sunt caracteristicile cele mai proeminente ale comportamentului copilului;

- copilul poate căuta confort când este supărat, chiar dacă nu exprimă vreo preferinţă şi este de multe ori greu de alinat.

b) temerar / predispus la accidente / îşi asumă riscuri

- copilul pare să arate un model de temeritate, predispoziţie la accidente şi un comportament care îşi asumă riscuri, ceea ce este mai mult decât poate fi explicat prin neverificarea (neasigurarea) cu o figură de ataşament;

- comportamentul temerar al copilului poate avea o componentă compulsivă.

BCU ASTRA CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Tulburarea de ataşament de tip III „inhibat"

1. Copilul arată o împotrivire continuă la apropiere, atingere, manipulare a unor obiecte neanimate, cum ar fi jucăriile, în medii nefamiliare şi mai ales, în prezenţa persoanelor nefamiliare.

2. Copilul evită în mod activ sau se retrage prea repede de la interacţiunea socială cu alte persoane decât figura de ataşament.

3. Copilul arată o gamă restrânsă de afecte în situaţii sociale, chiar şi în prezenţa figurii de ataşament cu o predispoziţie predominantă mergând de la cercetare calmă la hipervigilenţă.

4. Există două subtipuri:

a) agăţare excesivă

- copilul apare confortabil în imediata vecinătate a figurii de ataşament, dar este cu uşurinţă înfricoşat de decoruri, obiecte sau persoane nefamiliare. Cu toate acestea, în proximitatea figurii de ataşament este plin de anxietate.

- separarea de figura de ataşament întâmpină o puternică rezistenţă şi duce la o supărare mare.

b) compleanţă compulsivă

- copilul se supune uşor directivelor figurii de ataşament cu puţină sau chiar fără rezistenţă sau ezitare;

- copilul are schimburi afective pozitive limitate cu figura de ataşament;

- copilul apare înspăimântat de figura de ataşament;

- copilul apare mai puţin înhibat, speriat şi neimplicat în absenţa figurii de ataşament.

Tulburarea de ataşament de tip IV „agresiv"

1. Copilul are o preferinţă clară pentru o figură de ataşament, dar căutarea confortului este adesea întreruptă de izbucnirile furioase, agresive ale copilului, direcţionate către figura de ataşament sau către sine.

2. Mânia, exprimată fizic, verbal sau în ambele moduri este o trăsătură universală a relaţiei de ataşament şi merge mult mai departe decât noncompleanţa "neascultarea" caracteristică vârstei şi frustrărilor tranzitorii.

BCU "IOAN SLAVICI" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

N.B. Nesupunerea nu este în general suficientă pentru diagnostic, deoarece, în contextul relației de atașament îndreptată către sine sau către alții, agresivitatea este semnul caracteristic acestui tip.

3. Simptomele de anxietate (anxietate la despărțire, tulburări de somn etc.) pot fi aparente, dar nu au o importanță centrală datorită agresivității copilului care apare în prim plan.

Tulburarea de atașament de tip V cu „inversare de rol"

1. Relația părinte-copil este inversată și copilul își asumă roluri și responsabilități care, în mod obișnuit ar fi asumate de părinte.

2. Copilul menține o proximitate neanxioasă față de figura de atașament în decoruri nefamiliare.

3. Copilul este suprasolicitant, plin de solicitudine și adoptă o poziție de supraprotecție, de control, de conducere, în timpul interacțiunilor cu persoana de îngrijire.

4. Copilul menține un grad neobișnuit de preocupare față de bunăstarea psihologică a persoanei de îngrijire.

3.10 Criterii de diagnostic pentru „comportament opozant – sfidător" (după DSM IV)

A. Un model de comportament negativist, ostil, sfidător și provocator (care este clar în afara limitelor unui comportament normal pentru un copil de această vârstă) care durează cel puțin 6 luni, în care sunt prezente 4 (sau mai multe) din următoarele criterii:

1. se supără frecvent,
2. se ceartă deseori cu adulții,
3. refuză să se supună cererilor sau regulilor adulților, sfidează deseori,
4. enervează intenționat pe ceilalți,
5. acuză frecvent pe ceilalți de greșelile lui sau pentru comportamentul lui necorespunzător,
6. este deseori furios și refractar,
7. este deseori ranchiunos sau răzbunător.

Notă: un criteriu se consideră satisfăcut, numai dacă comportamentul apare mai frecvent decât se observă în mod normal, la persoanele de vârste și nivele de dezvoltare comparabile.

BCU IAȘI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

B. Tulburările de comportament determină afectarea clinică semnificativă a vieții sociale, școlare sau profesionale a persoanei.

C. Comportamentele de mai sus nu se întâlnesc doar în timpul unei „Tulburări de dispoziție sau psihotice".

D. Nu sunt îndeplinite criteriile pentru „Tulburări de conduită" și (dacă persoana are 18 ani sau mai mult) nu sunt îndeplinite criteriile pentru „Tulburări antisociale de personalitate".

3.11 Criterii de diagnostic pentru „Tulburări de conduită" (după DSM IV)

A. Un model de comportament repetitiv și persistent în care sunt violate drepturile fundamentale ale celorlalți. De asemenea, sunt încălcate și normele sau regulile celor mai în vârstă, manifestându-se prin prezența a 3 (sau mai multe) criterii în ultimele 12 luni, cu cel puțin un criteriu prezent în ultimele 6 luni.

Agresivitate față de oameni și animale

1. Amenință sau intimidează deseori pe ceilalți
2. Inițiază deseori bătăi sau lupte
3. A folosit o armă care poate cauza răniri grave celorlalți (de exemplu, băț, cărămidă, sticlă spartă, cuțit, pistol)
4. A dovedit cruzime față de oameni
5. A dovedit cruzime față de animale
6. A furat, confruntându-se cu victima (de exemplu, smulgerea poșetei, escrocherie, tâlhărie, furt armat)
7. A forțat pe cineva să întrețină relații sexuale.

Distrugerea proprietății

8. A dat foc intenționat, provocând pagube materiale importante
9. A distrus intenționat proprietatea cuiva (altfel decât prin foc)

Înșelăciune sau furt

10. A spart casa sau mașina cuiva
11. Minte deseori pentru a obține bunuri sau avantaje, sau pentru a evita obligații (de exemplu, îi convinge mințind pe ceilalți)
12. A furat obiecte de mică valoare fără a se confrunta cu victima (de exemplu, falsificare, furt din magazin, dar fără spargere)

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Violarea regulilor

13. Nu vine noaptea acasă, în ciuda interdicţiilor părinţilor, încă înainte de 13 ani

14. A fugit de acasă noaptea, cel puţin de 2 ori, în timp ce locuia cu părinţii sau la o casă adoptivă (cel puţin o dată nu s-a întors acasă perioadă lungă)

15. Chiuleşte frecvent de la şcoală, încă dinainte de 13 ani

B. Tulburările de conduită produc afectarea clinică semnificativă a vieţii sociale, şcolare sau profesionale a persoanei.

C. Nu sunt îndeplinite criteriile pentru „Tulburări antisociale de personalitate" (dacă persoana are 18 ani sau mai mult)

Precizarea tipului în funcţie de vârsta la debut:

- tipul cu debut în copilărie: debutul a cel puţin un criteriu caracteristic „Tulburărilor de comportament" înainte de 10 ani,

- tipul cu debut în adolescenţă: absenţa oricărui criteriu caracteristic „tulburărilor de conduită" după 10 ani,

Precizarea severităţii tulburării:

- uşoară: sunt prezente puţine probleme de conduită în plus faţă de cele necesare punerii diagnosticului, iar tulburările de conduită produc daune minore altora,

- moderată: problemele de conduită şi efectele asupra celorlalţi sunt intermediare între „uşor" şi „sever",

- gravă: sunt prezente numeroase probleme de conduită, în plus faţă de cele necesare punerii diagnosticului, iar tulburările de conduită produc daune importante altora.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

CAP. IV. ATAŞAMENTUL BAZĂ A FAMILIEI SUPLEANTE

4.1. Deprivarea maternă

Recitindu-l pe John Bowlby după 50 ani de la formularea Raportului său către Organizaţia Mondială a Sănătăţii se crează sentimentul redescoperirii "adevărurilor eterne".

Cartea intitulată "Îngrijirea copilului şi creşterea iubirii" (a fost în prima ediţie în 1953) pe baza raportului amintit şi republicată în 1965 cu două capitole finale ale lui Mary Ainsworth.

Ne propunem o reluare succintă a problematicii considerată de Ainsworth drept "controversată" şi care considerăm că facilitează înţelegerea terminologiei şi perspectivelor de cercetare bazate pe teoria ataşamentului, în implementarea proiectelor concrete din teren şi înţelegerea patologiei aferente tulburărilor generate de situaţiile adverse dezvoltării normale a copilului mic.

Autoarea discută 8 probleme considerate în 1965 drept "*controversate*" a :

- definirii *deprivării materne*
- *"mamelor multiple"*.
- *variabilităţii gradului de deteriorare* care urmează *deprivării.*
- *Specificităţii* versus *Efecte generale* ale deprivării.
- *Diversităţii naturii efectelor adverse* ale deprivării.
- *Permanenţei efectelor deprivării.*
- *Delicvenţei*
- *Deprivării maternale* versus *deprivare ambientală* (mediul înconjurător).

1. Problema definirii deprivării materne

Deprivare – care survine când un copil nu are un supleant matern şi primeşte îngrijiri insuficient de consistente, semnificative, senzitive în raport cu nevoile specifice individuale (nurturing) .

În consecinţă are oportunităţi insuficiente de a interacţiona cu o "figură maternă".

• Un set de condiţii trebuie explorat când copilul trăieşte cu părinţii naturali sau substitut maternal dar primeşte îngrijiri *insuficiente.* E vorba aici de *insuficienţa* interacţiunilor între copil şi figura maternală.

BCU "ASIMIR CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

• Un alt set de condiții inclus în termenul de "deprivare maternă" se referă la *separarea* copilului de mamă, care nu înseamnă neapărat experimentarea unei insuficiente interacțiuni. Separarea mamă-copil poate fi ocazionată de plasarea temporară a copilului într-un loc (instituție) unde nu există o *interacțiune substitutivă* suficientă pentru a înlocui mama temporar (*suplеanță maternă*).

Chiar dacă toate experiențele de separare sunt trăite de copil ca neplăcute, dacă i se oferă acestuia un substitut cu care poate interacționa suficient efectul nu e deprivarea.

Pentru un copil *suficient de mare* pentru a discrimina mama de alte persoane și dacă are un atașament deja format față de ea, dar nu e suficient de matur să mențină acest atașament când pleacă, e posibil în acest caz să distingem *discontinuitatea* într-o relație față de *insuficiența interacțiunii.*

Pentru că tristețea pe care o aduc aceste discontinuități în relațiile de atașament poate avea efecte adverse asupra dezvoltării, e necesară concentrarea acțiunilor în acest sens, dar efectele nu sunt în mod necesar superpozabile celor de *insuficiență.*

Faptul că ambele, *insuficiența* și *discontinuitățile* survin împreună, datorită repetatelor rupturi în relația cu figura maternă ele pot avea ca magnitudine a efectelor adverse una similară cu cea care urmează unei insuficiențe în interacțiune prelungită și severă, de aceea trebuie să o includem la capitolul "deprivare".

De asemenea trebuie inclusă la acest capitol de "deprivare maternă" și situația în care, orice fel de interacțiune între mamă și copil are efect *nesănătos* asupra copilului.

"Relațiile distorsionate" cu efect nesănătos (care nu înseamnă neapărat insuficiență, nici discontinuitate), ci dimpotrivă o constantă și consistentă ostilitate, rejecție, cruzime sau indulgență excesivă cu / fără control represiv și absența afecțiunii și căldurii în relație conduc la același termen de "deprivare maternă".

În concluzie:

Complexitatea condițiilor care au fost incluse în termenul de "deprivare maternă" a fost o sursă de confuzie pentru cei care se pierd în controverse și de aceea pe viitor trebuie să le evităm.

Înțelegem prin:

a) *Insuficiența* interacțiunilor implicit noțiunea de deprivare.

b) *Relații distorsionate*, implică absența respectului pentru cantitatea și calitatea acțiunilor prezente, percepere eronată a nevoilor.

c) *Discontinuitatea* relațiilor se referă la experiențe multiple de separare.

Ca urmare în cele ce urmează cele 3 situații vor fi luate în discuție.

2. Problematica "mamelor multiple"

Atrăgând atenţia asupra interacţiunilor precoce cu ambii părinţi, Mary Ainsworth precizează că termenul de "deprivare maternă" se referă exclusiv la mamă când în realitate în relaţiile precoce ale copilului figura paternă intervine şi poate de multe ori suplini cu succes (în prevenirea efectelor adverse) relaţiile semnificative pentru copil.

Expresia ar trebui să atragă atenţia spre a distinge efectul instituţionalizării precoce prin "*deprivare parentală*" faţă de cea maternă.

Mai există în familie fraţi, surori, rude cu care copilul poate forma legături *dar* procesele prin care *legăturile interpersonale* se formează la aceşti copii şi *sunt menţinute* pot fi afectate la diferiţi copii (de la *legături* "lipsite de afecţiune" până la cele "acroşante", "anxioase", "simbiotice" sau "supra-dependente") care pot avea aceeaşi cauză primară.

3. Problematica permanenţei efectelor deprivării

Afirmaţiile lui Bowlby, Spitz şi alţii că *deprivarea precoce severă* poate avea efecte *permanente* au fost criticate pentru că se aduceau în discuţie efectele favorabile ale influenţelor ulterioare în viaţă.

Mai multe lucruri pot fi luate în considerare în această dispută:

1. Chiar copiii afectaţi sever pot să-şi îmbunătăţească situaţia atunci când deprivarea încetează şi îi iau locul îngrijiri adecvate nevoilor acestuia.

2. Anumite procese afectate pot fi influenţate pozitiv în mai mare măsură decât altele (acum se ştie că stimularea unor arii la momentul oportun, pe alte canale, poate înlocui în comportamentul ulterior al acestuia deficienţa primară în interacţiune ... nu însă şi percepţia afectivă în situaţii de stres!!!).

3. Anumite deficienţe sunt mai evidente, mai uşor de observat decât altele care pot fi însă mult mai rezistente la schimbare!!

4. Anumite efecte remanente devin evidente (apar la suprafaţă) dar în circumstanţe speciale – mult mai târziu în viaţă, ceea ce reactivează şi face să se manifeste procesul nesănătos (stabilit de la origine în interacţiune precoce) – şi care poate rămâne ascuns până târziu în viaţă.

Atenţia inadecvată la aceste puncte poate conduce la critici sterile.

4. Problematica specială a delicvenţei

Lauretta Bender folosea termenul de "tulburare de comportament psihopatică" pentru a asocia sindromul clinic pe care l-a găsit la copiii care experimentează precoce deprivarea severă.

BCU "LUCIAN BLAGA" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

John Bowlby folosea delicvenţa juvenilă spre a demonstra asocierea cu aşa zisul "caracter lipsit de afecţiune".

Ipoteza tulburărilor de adaptare care pot avea ca origine deprivarea maternă nu înseamnă implicit şi automat că delicvenţa, situaţia de comportament de mai târziu, ar fi rezultatul comun (obişnuit) al deprivării sau separării precoce de mamă.

5. Problema "deprivare maternală" versus "carenţele de mediu ambiental"

Există încă dispute referitoare la efectele instituţionalizării precoce şi îngrijirii sugarilor în condiţii adverse. Acestea se referă la nivelul scăzut de stimulare în mediul instituţional care ar explica efectele patologice care nu sunt în totalitate de atribuit absenţei figurii maternante.

Raţiunile controverselor s-ar datora variabilelor care includ:

- vârsta copilului la separare,
- natura experienţelor anterioare separării (inclusiv cu mama),
- durata separării,
- prezenţa circumstanţelor traumatice în jurul evenimentului separării,
- disponibilitatea supleantului / substitutului maternal de a interacţiona cu copilul,
- natura experienţelor copilului după perioada de separare.

Variabile similare au semnificaţie pentru copiii care au experimentat insuficienţa / distorsiunea relaţiilor fără separare.

Procesul de dezvoltare individuală este continuu, genetic determinat şi ereditar structurat iar rezultatul este un întreg care rezultă din istoria precedentă şi influenţele mediului sub presiunea cărora se formează persoana unică.

Răspunsul individual (după încetarea deprivării) e determinat atât de modul în care procesul e pregătit în timpul experienţei de deprivare cât şi de modul cum e modificat (pozitiv sau negativ) de către interacţiunile ulterioare ale persoanei din mediul său înconjurător. Toate determină rezultatul final.

Există însă o spirală care începe cu exacerbarea efectelor deprivării severe care face dificil pentru copil răspunsul adecvat la "anumite" figuri maternante; mama în schimb tinde să interacţioneze mai puţin cu un astfel de copil decât ar face-o cu unul mai responsiv, sau chiar tinde să-l rejeteze. În acest fel în mod inconştient, poate să reântărească procesul început în experienţa originală. În mod similar, copilul afectat de experienţele nefavorabile de acasă,

BCU "LUCIAN BLAGA" UNIVERSITY LIBRARY

înainte de admiterea în instituţie, poate fi mai neglijat în acest loc decât un copil cu o experienţă mai fericită înainte, acasă.

Dar a vorbi despre *experienţe pre şi postseparare* nu înseamnă că separarea în sine are o influenţă neglijabilă asupra rezultatului final.

Concluzii ale cercetărilor (Mary Ainsworth In 1981) după 30 de ani erau în mod esenţial similare cu cele formulate în 1951 de Bowlby care afirmă că:

"Deprivarea maternă în perioada de sugar are efecte adverse asupra dezvoltării atât în timpul experimentării ei de către sugar cât şi imediat după ce s-a produs iar efectele ei se regăsesc în timp fiind remanente de-a lungul ciclurilor vieţii. Ele pot fi rezistente la încercarea de reparare şi diferă în funcţie de natura, severitatea şi durata experimentării lor şi de calitatea şi cantitatea relaţiilor resimţite de către copil în antecedentele sale".

Efectele adverse severe sunt recunoscute a fi generate de următoarele situaţii:

- Sugarul sau copilul mic e separat de mamă sau de substitutul ei permanent şi este îngrijit într-o instituţie unde primeşte îngrijiri maternante insuficiente.

- Sugarului sau copilului mic în propria casă i se oferă îngrijiri insuficiente de către mamă sau substitutul ei permanent şi nu are un maternaj adecvat de la cei din jur care să compenseze absenţa/insuficienţa interacţiunii cu mama.

- Când un copil mic trece printr-o succesiune de separări faţă de mamă şi/sau figurile materne substitutive faţă de care acesta şi-a format ataşamentele.

a) *Deprivarea în propria familie* se defineşte atunci când *lipseşte un maternaj Substitutiv/Supleant.*

b) *Deprivarea de acasă:* cercetările demonstrează că interacţiunile insuficiente anterioare separării (gradul de deprivare survenit anterior separării!) pot avea efecte profunde asupra severităţii maladaptării ulterioare (demonstrate de studii retrospective).

Unele studii chiar sugerează că severa neglijare şi abuzul din propria familie pot conduce la retard sever durabil care poate fi ameliorat (cel puţin la copilul mai mare şi la adultul tânăr) *doar* prin educaţie în instituţii specializate.

Există studii follow-up care demonstrează că insuficienţa interacţiunilor cu mama în perioada de sugar poate conduce la afectări severe, observabile mai târziu în copilărie. Acestea accentuează faptul că *separarea de mamă* nu e o condiţie absolut necesară ca să vorbim de deprivare maternă, poate exista deprivare şi fără plasament instituţional. *Deprivarea poate începe acasă*!!

c) *Separările repetate* şi efectele lor deprivante au fost afirmate încă din

BCU "Ovidius" Constanța LIBRARY

studiile de caz ale lui Bowlby. Prezența efectelor adverse tardive e la fel de gravă ca și la cele două precedente de deprivare instituțională sau în familii carențate.

Discontinuitatea pe care o implică separarea de mamă sau de substitutul ei permanent (după ce un atașament a fost stabilit și copilul e suficient de mare ca să-și mențină în mod sigur atașamentul pe toată perioada absenței) perturbă copilul, chiar dacă ea se întâmplă într-o perioadă de insuficiență calitativă a relaționării.

Sunt necesare studii în mica copilărie care să discearnă care ar fi efectele și influențele exercitate de *insuficiența interacțiunilor* mamă-copil la cei care primesc o îngrijire adecvată de la substitutul maternal *în timpul separărilor* prelungite de mamă, comparativ cu cei care au avut experiențe similare, dar nu s-au bucurat de o substituire cu îngrijiri adecvate.

Studiile Hildei Lewis sunt citate de Mary Ainsworth și se referă la experiențe pre și post separare. Ea a identificat mai multe modele distorsionate asociate cu diferite efecte tardive. De exemplu: *rejetarea* de către părinți pare să conducă la agresiune nesocializată; un regim represiv va conduce la perturbări etichetate, la momentul acela, drept "nevrotice".

Toate tipurile de experiențe pot conduce la efecte greu reversibile și cu cât ele se combină într-o măsură mai mare și precoce cu atât severitatea urmărilor crește.

6. Mame "multiple" versus "suplimentare"

Majoritatea studiilor referitoare la deprivare s-au desfășurat în diferite tipuri de instituții unde fiecare copil are o îngrijire oferită de mai multe persoane și unde nu s-a ținut cont de conceptul enunțat de Bowlby referitor la *exclusivitatea relației* mamă-copil.

Aceste modele se referă la următoarele situații:

Absența unei figuri primare de atașament și dispersia responsabilității pentru îngrijirea copilului între o *multitudine* de persoane care împreună oferă oportunități *insuficiente de interacțiune adult-copil*; modelul e caracteristic multor spitale și forme de îngrijire rezidențială și altor instituții pentru copii.

a) "Multiplicitate serială" în care copilul e îngrijit de o succesiune de substituți maternali fiecare putând să ofere suficiente îngrijiri dar care prin repetate schimbări conferă *discontinuitate* relației.

b) O dispersie parțială a responsabilității pentru îngrijirea copilului între *puține figuri* care asigură un mare grad de continuitate și care oferă îngrijiri suficiente; model care există în multe familii în care mama e ajutată în îngrijiri de alți membrii ai familiei și e caracteristică anumitor societăți experimentale cum ar fi *kibutzurile* în Israel. Se pare că acest

din urmă model oferit e mai de dorit pentru copilul în dificultate decât celelalte. La acest tip de îngrijiri s-a făcut apel în modelul CFD.

În condiţiile instituţionalizării unde fiecare copil în cursul unei zile are mai mulţi îngrijitori şi fiecare are responsabilitate parţială pentru mai mulţi copii există cel puţin doi factori care prin combinare *dau insuficienţa interacţiunilor*: nici un adult nu are timpul necesar să ofere atenţie exclusivă unui anume copil; şi din moment ce nici unul din membrii personalului nu e familiar cu comportamentele şi semnele particulare ale unui anumit copil acestea trec neobservate. Copilul nu e decodat empatic spre a se identifica în mod pozitiv. Harriet Rheingold, menţionată de Mary Ainsworth, a demonstrat că acest mod de îngrijire conduce la scăderea *responsivităţii sociale* a sugarului sub 12 luni chiar în instituţiile unde îngrijirea per total nu pare să fie deficientă!!!

Înainte de a formula concluzii trebuie subliniat faptul că e esenţială *capacitatea pentru formarea legăturilor afective*; aceasta trebuie investigată mai intens atât la adult cât şi la copil. În acest context putem observa corect reacţiile lor la schimbarea figurilor maternante în primul an de viaţă şi putem aborda predictiv acomodarea ulterioară a copilului în familia adoptivă sau de plasament. Se poate în acest caz interveni calificat pentru a avea adulţi avizaţi asupra particularităţilor comportamentului şi sistemului de răspuns al copilului în relaţia precedentă de ataşament.

Prin educarea *adultului de referinţă* putem să obţinem corecţia comportamentală dorită – cu semnificaţia afectivă schimbată special pentru a oferi copilului o imagine de sine pozitivă şi schimburi consistente social şi congruente cu starea lui afectivă.

Disputa provocată de celebra Margaret Mead referitoare la modalităţile de creştere a copilului mic în diferite culturi (prin opoziţie cu modelul vestic analizat de Bowlby) a fost şi aceasta luată în discuţie de Mary Ainsworth după ce făcuse şi ea studii antropologice şi psihologice. Pertinenta remarcă referitoare la alăptarea la sânul mamei în societăţile primitive (ca mod de supravieţuire) nu mai era valabilă în societatea modernă pentru că impactiza negativ practicile de creştere a copilului.

Poziţia lui Bowlby afirmă însă nu exclusivitatea relaţiei mamă naturală-copil ci faptul că e de dorit să existe o figură majoră maternă (pe care a numit-o " *figură constantă de ataşament*") şi care nu este neapărat mama naturală, dar îngrijirile acesteia pot fi suplimentate de alte "*figuri secundare de ataşament*" incluzând figura tatălui.

În al doilea rând se pare că în societăţile vestice de succes în creşterea copilului se realizează şi un fel de *dispersie* a îngrijirilor maternante între "multiple figuri nurturante".

Fără a lua în considerare însă, sistemul de creştere a copilului mic considerat ca normă într-o anume societate/cultură este pe deplin adevărat faptul că *nou născutul sau sugarul tinde să se ataşeze el însuşi în mod primar faţă de o persoană anume* (specifică) fără a ţine cont de cât de extensive sunt ataşamentele sale faţă de alte persoane "*speciale*" pentru el din anturajul său.

Comportamentele lui *iniţiative de ataşament* sunt atestate de studiile referitoare la deprivarea sugarului din specia umană, cât şi la primatele sub-umane (maimuţe).

Dacă e înnăscută în sugar această tendinţă a lui de a se ataşa în principal de o persoană anume atunci orice situaţie care împiedică un astfel de ataşament ne putem aştepta să perturbe cursul normal al dezvoltării ulterioare a copilului.

Modelele de creştere a copilului într-o anumită societate îl pregătesc pe acesta pentru a trăi în *acea societate* dată (afirmă Margaret Mead) în timp ce Mary Ainsworth aduce argumentul că acestui criteriu cultural antropologic îi putem aduce argumentul studiilor comparative; faptul că există societăţi pe care le putem diferenţia de altele prin aceea că unele *facilitează o creştere sănătoasă*, care *conduce spre autonomizare, independentizare şi sociabilizare* precoce cu strategii de negociere, adaptare (coping) prin întărirea rezilienţei individuale şi comunicare pentru rezolvarea problemelor. În acelaşi timp există alte societăţi, care sunt handicapante pentru creşterea personalităţii individuale, fiind frustrante, opresive, "nivelatoare" contrariind modalităţile de diferenţiere individuală înscrise în patrimoniul genetic.

Lumea fostului "bloc comunist" Est European se confruntă în ultimii 10 ani prin interferarea cu restul societăţilor, cu rezultatele unor astfel de condiţii de creştere precoce a generaţiilor tinere – în instituţii care nu respectă principiile enunţate de Bowlby şi susţinute de Ainsworth (delicvenţa, prostituţia, abandonul precoce al copilului, depresie, lipsa valorilor morale şi încrederii în sine şi în celălalt).

Întrebarea centrală se referă nu numai la *insuficienţă, discontinuitate sau distorsiunea îngrijirilor materne cât şi la modalităţile în care figura maternă de importanţă "majoră"* (figura primară de ataşament) *e suplimentată*, şi la efectele unor astfel de metode diferite asupra dezvoltării copilului.

Kibutzurile din Israel au fost mai accesibile în anii '50-'80 cercetătorilor decât blocul est european şi rusesc – dar în acel model există întotdeauna o *figură constantă de ataşament* (indiferent dacă e mama naturală sau educatorul din creşă) iar legăturile cu cei de aceeaşi vârstă sunt continue. Sistemul, aşa cum puncta Bowlby (p. 49, "Child Care and the Growth of Love") nu angajează nici un fel de *abandon* în relaţia părinte-copil. Dimpotrivă, în kibutz

copiilor li se cultivă relaţia semnificativă de ataşament cu părinţii dar aceştia din urmă au o mai mică responsabilitate doar în *socializarea* cu cei de aceeaşi vârstă şi cu alţi adulţi.

Taţii (în funcţie de tipul de familie şi numărul copiilor) împart cu mamele îngrijirea copilului mic şi cu fraţii, surorile sau alte rude care ajută la asigurarea continuităţii îngrijirilor.

În societăţile vestice, angajarea mamelor (în afara casei) a ridicat problema copiilor mamelor care lucrează. Din punct de vedere teoretic, pentru promotorii unei dezvoltări sănătoase a copilului mic într-o atmosferă securizantă se ridică alte probleme de cercetare.

De importanţă practică şi teoretică pentru viitor ar fi explorarea domeniului următor. În ce măsură *figura primară de ataşament* poate şi trebuie *să-şi împartă responsabilităţile cu alte figuri*, (cu sau fără continuitate) pentru a descoperi modalităţile care sunt cele mai favorabile pentru dezvoltarea *identificării, securizării şi sănătăţii mintale a copilului.*

Mary Ainsworth formula în 1981 în capitolul de concluzii al "Child Care and the Growth of Love" discutat până aici că:

"Într-un asemenea program de cercetare este important să fie explorate efectele pe care le are relaţia tatălui cu sugarul şi copilul mic şi efectele asupra dezvoltării ulterioare a diferitelor nivele şi modalităţi de îngrijire paternă".

Noi am urmărit în modelul nostru CFD la diferiţi adulţi formaţi în acest sens influenţa nivelului educaţional, a practicilor din familia de origine, a istoriei de viaţă a "figurii paterne" asupra calităţii nivelelor de interacţiune, securizare, identificare a copilului mic în CFD (dar acest aspect nu face obiectul extinderii acestui capitol ci probabil al unui alt demers asupra multiplelor aspecte de acces la *parentalitate* din perspectiva aceleiaşi teorii).

Luând în discuţie studiile lui Spitz, Skeels, Provence şi Lipton, autoarea se focaliza asupra deprivării materne în primul an de viaţă drept cauză a întârzierilor psiho-motorii notând la copiii victime ale acestor situaţii la diferite vârste, că nu ţineau capul la 2 luni, nu achiziţionau la 6 luni poziţia şezând, nici ridicatul în picioare la 9-10 luni sau mersul la 1 an. De la 8 luni nu se putea vorbi de îndemânări motrice în deplasarea către persoane şi jucării dorite, nici în căutarea plăcerilor împărtăşite. Nu ştiau să exploateze mediul pentru a învăţa (a experimenta), nici nu ştiau să evite disconfortul căutând plăcerea sau să iniţieze schimburi sociale. În mod evident nu ştiau să-şi exprime trăirile / sentimentele!!!

Vocalizările fără adresă nu aveau valoare de comunicare. Înţelegerea limbajului categoric apărea cu întârziere ca şi vorbirea.

În reacţiile cu ceilalţi oameni (sociale) la copiii crescuţi în instituţii erau clar "diferenţe" de cei din familie:

- erau nediferenţiaţi în a arăta semne de ataşament faţă de o mamă de îngrijire anume,

- lipsiți de sensul încrederii,

- nu căutau ajutorul adultului când se aflau în dificultate / sau erau supărați.

Deşi numărul jucăriilor din instituțiile cu copii mici era adecvat, ei nu arătau nici un interes pentru ele, nici neplăcere la pierderea uneia, nici efort în a o recupera. Jocul spontan era limitat la manipulări. Gama expresivității sentimentelor era săracă iar intensitatea neadecvată.

Studiile soților Joyce şi James Robertson s-au centrat asupra *secvențelor de răspuns* ale copilului mic *la separarea de mamă concomitent cu insuficiența interacțiunilor de tip maternaj în timpul îngrijirilor.*

Observând copii între 1-4 ani care trec prin experiențe de separare fiind plasați în instituții mai mult sau mai puțin „deprivante" s-au concentrat asupra fazelor care urmează separării (întreruperii legăturii de atașament stabilită deja).

Au fost identificate 3 faze de răspuns la separare:

1. *Protest* – caracterizat prin plâns, exprimarea dorinței de a o regăsi la pierderea figurii de atașament primar şi eforturi de a o regăsi prin intermediul lucrurilor care îi rămân la dispoziție din partea ei ("păturica", jucăria de acasă).

2. *Disperare* – în care își pierde speranța progresiv, se retrage şi își scade nivelul eforturilor de a o recâştiga, începând faza de doliu după figura maternă. Se notează tristețea şi refuzul alimentar, modificările stării de sănătate.

3. *Detașarea* – comportamental caracterizată prin „liniştire", dezinteres față de tot ce e în mediul înconjurător şi îngrijirile oferite de oricine.

La întoarcerea mamei/figurii de atașament primare, dovedește pierderea acelor comportamente care dădeau recogniscibilitate unică relației specifice de atașament.

Considerând că aceste răspunsuri, împreună cu cele care urmează reunirii cu părinții nu pot fi considerate în totalitate în contextul teorici formulate inițial, Bowlby a reformulat-o, precizând referitor la originea legăturilor copilului cu mama lui că reinterpretarea **separării** se referă la *anxietatea, durerea şi doliul* care survin la copilul mic, manifestări care urmează ca fenomen de *apărare la pierderea suferită.*

Răspunsurile la separare descrise de Robertson, au fost confirmate de alte studii efectuate la separarea copiilor pentru internări scurte în spital, sau la plecarea la creşă. Pentru subiectul nostru de interes sunt studiile lui Arrow. Acesta a analizat răspunsurile la separare atunci când sugarii crescuți de la naştere de o familie de plasament ("asistent maternal" în termenii legislației actuale românești) se transferă într-o familie adoptivă.

BCU ASSISTENTA UNIVERSITARA LIBRARY

Rezultatele sale arată că pierderea familiei supleante (a asistentului maternal) acționează ca o traumă și are ca rezultat imediat perturbarea comportamentului manifestând plâns excesiv, agitație, comportament acroșant sau dimpotrivă, apatie neobișnuită, perturbări digestive ale apetitului, ale somnului și o aparentă pierdere a achizițiilor (pierderea achizițiilor anterioare), măsurate prin coeficientul de dezvoltare (QD).

Severitatea perturbării crește cu vârsta: când sugarii au sub trei luni în momentul separării, semnele erau puține; la 6 luni, 86% dintre ei prezentau perturbări; toți cei peste 7 luni au reacționat prin tulburări de intensitate marcată.

Kreisler a descris în 1981 "Sindromul comportamentului vid" încă de la sugar. Trasler, citat de Ainsworth, a efectuat studii retrospective spre a identifica acele condiții din antecedente care produc efecte mai mari sau mai mici la copiii plasați în îngrijire în familii de plasament (De ce depinde succesul sau eșecul adaptării lor în noul mediu?). În lotul studiat, 56% dintre eșecuri s-au datorat efectelor separărilor survenite anterior în propria familie cu proprii părinți (atribuite sentimentelor de rejet, care generează tensiune, anxietate, absența responsivității). Acest grup include ca subgrup 30% din eșecuri datorat în special incapacității copilului, care nu poate face dovada unui răspuns satisfăcător " deschiderii " figurilor parentale din familia de plasament.

Detașarea lipsită de afecțiune, sentimentele de rejet și agresiunea_declanșată de acestea, par să se dezvolte dacă între timp copilul a trecut (între familia naturală și cea de plasament) și printr-o instituție !!!

Trasler concluziona că la vârsta micii copilării, ființa umană are tendința de a *interpreta separarea* de părinți ca pe echivalentul *retragerii afecțiunii,* ceea ce produce dificultate în reorganizarea altor atașamente cu persoanele care-l îngrijesc.

Pentru un copil sub 3 ani, autorul menționat consideră că *tulburarea atribuită separării poate fi tranzitorie* dacă i se oferă copilului imediat oportunitatea de a interacționa individual, caracteristic și suficient cu o persoană unică, cu valoare de supleant maternal. Dacă, însă, copilul face experiența unei interacțiuni insuficiente, impersonale, tipice în îngrijirile din instituții, tulburările se instalează sever și cu efecte de lungă durată.

Kellmer, Pringle și Bossio au selectat dintre copiii instituționalizați pe cei care au suferit o separare mai îndelungată înainte de vârsta de 5 ani și au găsit 2 grupuri: unul cu ajustare stabilă și altul având copii cu fenomene de maladaptare. Ultimul grup s-a dovedit a fi format din copii care au fost despărțiți de părinții lor înainte de vârsta de 1 an și au avut efecte remanente datorate rejetului experimentat de ei până atunci. Grupul considerat „stabilizat" după separare s-a dovedit că a fost despărțit de familia biologică după împlinirea vârstei de 2

ani şi nu au fost rejetaţi de părinţi, ci au menţinut legăturile cu aceştia şi cu cei din familia de plasament.

În concluzie, efectele adverse declanşate de deprivarea maternă în mica copilărie sunt diverse. Unele sunt atribuite *insuficienţei, discontinuităţii şi distorsiunii interacţiunii* şi au fost clasificate ca *deprivante*. Atât natura cât şi gradul perturbării par să fie în relaţie directă cu severitatea experienţelor din antecedente. Dintre variabilele care influenţează într-o manieră dramatică rezultatele acestor procese, cele mai importante sunt vârsta copilului şi momentul când debutează deprivarea, indiferent de diferenţele genetice în structurare sau de mediul de proveniență.

Specificitatea proceselor afectate de deprivare

Dintre procesele intelectuale cele mai vulnerabile la „deprivarea maternală", în termenii lui Mary Ainsworth, par să fie limbajul şi capacitatea de abstractizare. Dintre procesele care ţin de personogeneză, cele mai vulnerabile par a fi legate de abilitatea de a stabili şi menţine relaţii profunde şi semnificative şi cea de control a impulsurilor în stabilirea scopurilor de lungă durată. Cercetările sugerează că acestea depind de nivelul de dezvoltare al copilului.

Deprivarea în primul an de viaţă afectează dezvoltarea *limbajului şi capacităţii de abstractizare* (deci, indirect coeficientul de inteligenţă, QI) într-o măsură mai mare decât dacă se întâmplă mai târziu.

Discontinuităţile relaţiilor ar influenţa mai puţin inteligenţa şi mai mult *capacitatea de a stabili legături afective*, în special când despărţirile sunt repetate.

Deşi s-au dovedit efectele psihopatogene ale deprivării şi separărilor multiple la vârste mici, gradul de vulnerabilitate diferă, iar unii indivizi demonstrează că sunt *rezilienţi*, reuşind în ciuda tuturor adversităţilor să facă faţă cu succes situaţiilor şi în acelaşi timp să aibă sentimentul de a ieşi biruitori.

Pentru cercetările de viitor se conturează, deci, nu numai analiza factorilor de predictibilitate şi înlăturarea lor prin protejarea celor expuşi situaţiilor „cu risc", ci în plus, *depistarea „ingredientelor" necesare pentru a instaura şi a creşte reziliența individuală*. Asigurarea unui ataşament sigur s-ar părea că este unul dintre acestea.

Întrebarea dacă efectele deprivării sunt reversibile sau ireversibile trebuie reformulată în sensul „în ce măsură sunt reversibile ?

- În mod spontan, fără intervenţie şi încetarea deprivării, ar fi posibile?
- După scoaterea din situaţie: prin reintegrare familială, plasament sau adopţie?

BCU "MIHAIL KOGĂLNICEANU" LIBRARY

- Cu plasarea într-un mediu avertizat asupra trecutului copilului şi educat / pregătit să facă faţă nevoilor individuale specifice ale copilului?
- Cu psihoterapie intensivă sau pe termen lung?

Cât de complet reversibilă?

Luând criteriul inteligenţei: îmbunătăţirea QI de la nivel defectiv la normal (de la 55, la 80, de exemplu), implică o anume reversibilitate, dar nu putem afirma că e completă.

Care dintre funcţiuni sunt restabilite?

Deşi global, QI, poate fi îmbunătăţit spre normalizare, ariile limbajului şi abstractizării rămân într-o anume măsură afectate.

O persoană poate fi capabilă să-şi asigure un nivel decent de trai şi să aibă interacţiuni sociale acceptabile cu colegii şi prietenii, dar să se simtă descumpănit (să aibă sentimentul eşecului chiar) în relaţiile intime şi să nu facă faţă cerinţelor unui cuplu sau parentalităţii asumate!!! Există un grad de afectare inaparent (ascuns)?

Rezultatele cercetărilor demonstrează că, chiar copiii care par să se fi restabilit după separare rămân extrem de vulnerabili (în urma acestei experienţe) la *ameninţarea cu separarea* şi chiar se asociază empiric doliul după pierderea figurii de ataşament din copilărie cu depresia adultului. Aceasta sugerează că, *experienţele precoce*, pun în mişcare un proces care rămâne ascuns până când o *experienţă stresantă* îl reactivează şi declanşează o reacţie psihopatologică (atât evenimentul declanşant cât şi intensitatea lui par minore şi în mod normal nu ar perturba o altă persoană).

Dacă reformulăm întrebarea referitoare la reversibilitate, ea ar fi, deci: „cât de rapide şi complet reversibile sunt efectele deprivării (evidente sau ascunse) şi în legătură cu ce proces specific ?"

Înainte de a prezenta dovezile cercetărilor, trebuie să luăm în considerare problemele teoretice cu mare pondere referitoare la natura dezvoltării umane.

1. Teoria învăţării, care presupune că dezvoltarea e în întregime o problemă de stimulare din mediu. Când sunt oferite condiţii propice de mediu, învăţarea va avea loc şi ce nu a fost învăţat înainte, poate avea loc şi mai târziu când s-au restabilit condiţiile adecvate. Din această perspectivă, un copil cu un retard iniţial, poate recupera în timp şi în condiţii propice.

2. Teoria psihanalitică susţine că experienţa precoce poate să indice procese dinamice, care o dată integrate, tind să continue indiferent de modificarea situaţională. Deprivarea maternă poate fi văzută ca angajând *procese defensive* care vor servi copilului pentru a se proteja împotriva frustrării dureroase când caută interacţiunea cu *un mediu*

BCU ASIDEITRAL UNIVERSITY LIBRARY

iresponsiv şi nestimulant. O dată stabilit acest proces defensiv, tinde să se menţină şi va izola copilul împotriva interacţiunii chiar când un mediu nou se dovedeşte a fi suportiv şi responsiv şi îi oferă ajutor cerându-i doar să fie receptiv. În această perspectivă, reversibilitatea depinde de procesul defensiv (de a învinge apărarea). Mary Ainsworth apreciază că *procesele defensive* descrise de psihanalişti sunt asemănătoare cu cele din teoria învăţării, care afirmă că o dată învăţate anumite comportamente într-o secvenţialitate care formează un bloc, acestea tind să se menţină, creând rezistenţă la schimbare şi introducerea unor noi secvenţe comportamentale.

3. Teoriile care se bazează pe conceptul de „fază senzitivă"/ „perioade critice" şi care sunt derivate din studiile etologice şi sociale. Aceste teorii au ca punct forte faptul că există în cursul dezvoltării etape în care, dacă anumite condiţii de mediu sunt create, dezvoltarea unor procese se întâmplă într-o secvenţă normală, în timp ce dacă aceste condiţii nu sunt create, dezvoltarea e blocată, iar stimularea nu poate decât cu mari dificultăţi să reactiveze procesul.

Aceste trei poziţii nu sunt compatibile. Există anumite procese care au fost afectate şi pot fi recuperate, în timp ce altele pot persista din cauză că o fază senzitivă a fost depăşită. Anumite formulări legate de „perioadele critice" nu sunt, însă, esenţial diferite de „interferarea obiceiurilor" din poziţia psihanalitică.

S-a demonstrat pe puii de cimpanzeu că *deprivarea prelungită*, în perioada precoce (sugar), produce pierderi în substanţa cerebrală (atrofii), deci, *schimbări structurale ireversibile*. Experimente de acest tip nu pot fi imaginate cu subiecţi umani, dar investigaţiile RMN asupra copiilor instituţionalizaţi înainte de vârsta de 2 ani, adoptaţi apoi şi având tulburări severe de învăţare şi interacţiune, au demonstrat în ultimii ani existenţa lor şi la om (*Turning Point: Ce s-a întâmplat copiilor din România*, reportaj produs de " ABC ").

Sintetizând, Mary Ainsworth precizează:

a) În condiţii obişnuite, refacerea după o experienţă scurtă, singulară de deprivare şi / sau separare e promptă şi judecând după comportamentul demonstrat, pare completă.

Robertson afirma că dacă faza de *detaşare* ca răspuns la separare nu a fost atinsă, dacă se menţine în cea de *protest*, copilul va răspunde la reîntâlnirea părinţilor cu un comportament care indică *anxietate de separare*, semnalizând şi acuzându-şi mama mai mult decât o făcea înainte, o urmăreşte oriunde, iar când ea pleacă (indiferent cât de scurtă e acea perioadă), devine *extrem de anxios*.

Acest comportament tinde să dispară după câteva săptămâni, dar sunt dovezi că el rămâne extrem de *vulnerabil la ameninţarea cu separarea* – ceea ce demonstrează că refacerea nu e tocmai completă !

b) După câteva luni de deprivare în mica copilărie, atât comportamentul cât şi nivelul inteligenţei se pot îmbunătăţi spectaculos, dar dacă scoaterea din perioada deprivantă nu s-a produs înainte de 12 luni, *vocalizarea* poate *rămâne retardată*, cât şi alte aspecte persistă la nivelul *personalităţii.*

c) Deprivarea severă şi prelungită care începe în primul an de viaţă şi continuă peste 3 ani, conduce la efecte grave atât asupra *inteligenţei*, cât şi asupra *funcţionării personalităţii şi sunt persistente în timp.*

d) *Deprivarea severă şi prelungită* care debutează *în al doilea an de viaţă* afectează grav *personalitatea* (rezistent la recuperare), dar la această vârstă sunt reversibile efectele asupra QI.

Robertson sugerează că, dacă, în timpul deprivării prin separare copilul rămâne în faza detaşată, după revenire, gradul lui de ataşament nu mai revine la normal. Urmăriţi timp de 15 ani, ei demonstrau mari *dificultăţi în a realiza legături apropiate mutual satisfăcătoare.*

e) Atât vârsta copilului la instalarea perturbării, cât şi cea la care se încearcă restaurarea sunt responsabile de sensibilitate.

De la 7 luni, până la 10-11 luni, pare să fie perioada cea mai vulnerabilă la ruperea legăturilor formate anterior. Spitz găseşte că deprivarea care începe în această perioadă şi durează peste 5 luni, tinde să fie persistentă, alte studii extind până la 11 luni *„perioada senzitivă"* în care cele mai afectate sunt *vocalizarea, limbajul şi capacitatea pentru ataşamente personale.*

f) Cu cât e scurtată perioada de deprivare din primul an, cu atât şansele de reluare a dezvoltării normale cresc şi efectele sunt reversibile.

g) *Limbajul, abstractizarea şi capacitatea de formare a legăturilor afective* (ataşament) *durabile* o dată afectate sunt incomplet recâştigate.

h) Dacă *eforturile terapeutice se desfăşoară intensiv, când copilul e încă foarte mic,* se pot contrabalansa efectele severe care altfel ar rezista la simpla încetare a deprivării.

i) Experienţele de *insuficienţă, discontinuitate şi distorsiune* în interacţiunile personale, pot menţine şi *creşte efectele psihopatologice* care altfel ar fi putut fi reversibile.

BCU "ASTRA" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Deprivarea de mediu

Myriam David şi Genevieve Appel, Provence şi Lipton în urma cercetărilor asupra copiilor din instituţii (care adesea sunt un mediu cu tonus emoţional şi stimulare scăzută) sugerează că cel mai semnificativ aspect al deprivării instituţionale e legat de *rutină*, care în îngrijiri nu oferă suficiente interacţiuni responsive cu adultul de referinţă (figură „maternantă" de ataşament) şi acest fapt are ca rezultat că aceşti copii *nu sunt responsivi la jucării, sau activităţi de joc în spaţiul restrictiv instituţional.*

S-a dovedit că, deşi s-a îmbogăţit mediul instituţional şi s-a oferit copilului peste doi ani experienţe în creşe, acestea au fost mult mai puţin eficiente în retardarea care se instalează la multiple nivele, comparativ cu faptul de a-i oferi copilului oportunitatea de a se ataşa de un substitut matern.

4.2. Sistemul de ocrotire familială temporară "Casa cu Ferestre Deschise"

Scopurile sistemului

Crearea unei alternative familiale de ocrotire temporară a copilului fără identitate, abandonat sau în dificultate, care să înlocuiască sistemul actual de instituţionalizare cu un sistem de ocrotire de tip familial.

Prevenirea abandonului nou-născutului aflat în dificultate, prin sprijinirea diadei mama-copil.

Oferirea de servicii interdisciplinare de integrare familială şi comunitară precoce în vederea ieşirii lui definitive din sistemul de ocrotire.

Obiectivele sistemului

- Prevenirea abandonului nou-născutului în maternitate, de către o persoană aflată în dificultate socială sau într-o stare de confuzie.
- Susţinerea familiei monoparentale în iminenţă de abandon a copilului, din cauza lipsei de suport social (Casa de sprijin monoparental 6 luni- 1 an).
- Dobândire de către copil a unui sistem de ataşament sigur, prin intermediul unei figuri de ataşament autonome (referentul).
- Crearea unui sistem – suport (pe modelul familiei lărgite), care să permită dezvoltarea de către copil a unor ataşamente secundare (în familia suplcantă), în care figura masculină să fie accesibilă nu numai spre explorare, ci şi ca suport.

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

- Pregătirea copilului pentru integrare într-o familie definitivă, securizantă (Program de sprijin).
- Susținerea părintelui în dificultate pentru a-și asuma propriul copil ocrotit temporar în Centrul de plasament (Casa de reintegrare familială – 3-7 ani).
- Oferirea unei familii securizante copilului, care să satisfacă în totalitate nevoile de dezvoltare normală ale acestuia (reintegrare familială, adopție și plasament).
- Facilitarea accesului familiei naturale și a celei substitutive (de adopție sau de plasament) în Centrul de plasament și în Centrul maternal, pentru asigurarea continuității îngrijirilor și observarea copilului în perioadele de tranziție și de acomodare la noul habitat.
- Pregătirea accesului copilului la istoria sa personală și inserarea sa în istoria comunității, încadrată de ritualul sosirii și plecării, conservată în jurnalul său de viață.
- Facilitarea încadrării normale a copilului în comunitatea celor de aceeași vârstă din creșă sau din grădiniță aflată în cartierul de locuit, și integrare comunitară susținută « Prieten de suflet ».

Componentele sistemului

S.O.F.T. (Sistemul de Ocrotire Familială Temporară) este un sistem unitar de prevenție comunitară în domeniul sănătății mentale a copilului, care are trei componente :

1. Centrul de plasament tip C.F.D., care este conceput pentru a oferi nou-născutului abandonat sau în dificultate, încă din maternitate, un cadru de viață de tip familial (într-o familie supleantă cu figuri constante de atașament), care să diminueze efectele separării precoce de mamă, să-i permită copilului dobândirea unui atașament sigur, facilitându-i tranziția către autonomizare în familia definitivă.

Centrul de plasament avea în componență 6 familii supleante (4-5 copii într-o familie), grupate din punct de vedere administrativ, câte două, într-un Modul CFD.

2. Centrul maternal – constituit din :

a. Casa de sprijin postnatal ;

b. Casa de sprijin monoparental ;

c. Casa de reintegrare familială ;

a) *Casa de sprijin postnatal* – este concepută pentru a susține mama în scopul asumării propriului copil. Perioada de sprijin durează 0-6 luni și este destinată mamelor cu tip de atașament autonom, aflate în iminență de abandon.

BCU MARIN SORESCU UNIVERSITY LIBRARY

b) *Casa de sprijin monoparental* – se adresează mamelor cu ataşament de tip autonom, cazuri sociale şi mamelor cu ataşament de tip dezinteresat sau preocupat, care, în urma intervenţiei specializate a echipei interdisciplinare C.F.D., au dobândit un comportament asemănător ataşamentului sigur, dar care nu-şi pot încă asuma copilul. Vârsta la care copilul poate fi ocrotit este cuprinsă în intervalul 6 luni – 1 an.

c) *Casa de reintegrare familială* – face parte din Programul de sprijin al Centrului de plasament C.F.D. ; aceasta susţine părintele şi copilul în efortul de reintegrare în familia de origine şi în comunitate. Casa permite un plasament familial temporar (6 luni), ce poate fi reânoit în ideea facilitării tranziţiei copilului de la figura de ataşament sigur (a referentului – persoana de îngrijire) la cea a părinţilor biologici.

3. *Program de sprijin - Echipa interdisciplinară* asigură supervizarea activităţii referenţilor în procesul de

ocrotire a copilului în Centrul de plasament iar prin Programul de sprijin facilitează ieşirea copilului într-o familie definitivă, într-un termen cât mai scurt.

Echipa interdisciplinară este compusă din medicul, asistentul social şi psihologul Centrului de plasament iar în cazul Centrului maternal dintr-un asistent social şi un psiholog.

1. Centrul de plasament tip « Casa cu Ferestre Deschise »

Centrul de plasament C.F.D. a fost conceput şi realizat între 1996-1998 astfel încât să răspundă nevoilor de dezvoltare armonioasă şi să asigure, din primele zile de viaţă, sănătatea mintală a copilului, să-l ocrotească într-un habitat ce oferă stimuli asemănători celor din familia naturală, care să diminueze efectele separării precoce de mamă, să-i pună la dispoziţie un suport pentru autonomizare şi detaşare spre o tranziţie către familia securizantă ; Centrul urmăreşte, de asemenea, să ajute şi comunitatea căreia îi aparţine să-şi soluţioneze flexibil problematica micii copilării.

Centrul de plasament C.F.D are două componente :

a. Familia supleantă - care oferă copilului un cadru de viaţă după modelul familiei lărgite, cu figuri constante de ataşament, stimulându-i competenţele şi valorizându-l pentru a-i asigura adaptarea ulterioară în familia definitivă.

b. Programul de sprijin – care-i oferă copilului plasarea precoce într-o familie securizantă, prin activităţi de reintegrare familială, adopţie, plasament, « prieten de suflet » şi integrare comunitară.

Familia supleantă - constituie elementul de bază al Sistemului de Ocrotire Familial C.F.D. şi este constituită din patru adulţi cu rol parental supleant gen « mama », « tata », « bunica », « mătuşa », care pot primi spre ocrotire 4-5 copii.

Fiecare familie supleantă are o viaţă proprie, constituită din multitudinea formelor de interacţiune dintre copii şi:

4. figurile lor de ataşament, care, în relaţii stabile, tind să creeze sisteme de ataşament sigur;
5. interacţiunea cu ceilalţi copii, de tip "fratrie";
6. interacţiunea cu copiii de la creşă sau grădiniţă (de tip cuplu amical) ;
7. interacţiunea cu prietenul de suflet de tip mentor (cuplu social) ;
8. interacţiunea cu educatorii.

În activitatea zilnică, familia supleantă creează un mediu cu expectanţe care valorizează copilul şi care solicită exersarea unor îndemânări de autoservire, ajutor la pregătirea meselor, participare la cumpărături alături de ceilalţi membri ai familiei, reproducând funcţionalitatea din familia lărgită.

De regulă, două familii supleante sunt grupate sub formă de modul, în scop de habitat şi în scop administrativ. Modulul C.F.D. poate funcţiona independent, situaţie în care este deservit de un responsabil cu sarcini administrative, jumătate de normă, şi jumătate de normă pentru programul de sprijin.

În varianta de funcţionare a modulelor C.F.D. ca « unităţi de viaţă », grupate câte trei într-un centru de plasament, cele şase familii supleante din module sunt coordonate de un director care are în subordine o echipă interdisciplinară cu rol în susţinerea continuităţii activităţii fiecărei familii şi a derulării programului de sprijin în scopul ieşirii rapide a copilului din centrul de ocrotire de tip familial.

Copilul odată repartizat în ocrotire temporară în aşezământul CFD, primeşte o familie « supleantă » (realizată după modelul familiei lărgite) în cadrul căreia are un referent nominalizat de către echipa interdisciplinară a casei. Referentul este ales dintre membrii familiei supleante şi are menirea de a fi pentru copil figura de ataşament principală care să permită dezvoltarea în cadrul sistemului de ataşament copil-adult a unei matrice primare care să ducă la tipul de ataşament dorit, respectiv ataşamentul sigur. Ceilalţi membri ai familiei supleante sunt pentru copil figuri de ataşament secundare, cu care acesta poate exersa detaşarea.

BCU "ION CREANGĂ" UNIVERSITY LIBRARY

Primirea copilului în familie se face după un ritual care-i desemnează un loc afectiv în existența « familiei » acordând timp de cel puțin 2 săptămâni pentru a cunoaște caracteristicile personale ale copilului pentru a-l încadra în unicitatea sa.

Referentul – « figura constantă de atașament » :

- Interacționează cu copilul pe care-l are în observație permanentă redându-i prin imagini/fotografii, desene, colaje etc. contextul de viață structurant și ordonând ceea ce va intra în memoria implicită a acestuia.

- Conferă consistența și coerența istoriei de viață împărtășite în jurnal, contribuie la formarea identității copilului în contextul CFD.

- Împreună cu « prietenul de suflet » constituie grupul de tranziție și suport al integrării copilului în familia definitivă și comunitate, însoțindu-l și în momente dificile (controale medicale, spitalizare) cât și la « evenimentele » sociale (aniversări, sărbători, serbări).

- În caz de adopție sau plasament, urmărește continuitatea în îngrijiri și mijloace de securizare, oferind suport pentru acomodarea copilului (și monitorizarea comportamentelor acestuia în noul cămin).

- Menține legătura cu familia adoptivă pentru a realiza conexiunea cu alți părinți care, au adoptat din sistemul CFD și care au avut experiențe diverse cu copiii lor.

- În cazul în care este referent al unui copil în iminență de abandon, și copilul este în interacțiune temporară cu mama naturală, își transferă cunoștințele și practicile într-un sistem de suport valorizant pentru mamă, el trecând în planul secundar.

Acompaniind și susținând mama creează condiții acesteia spre a-și asuma rolul parental adecvat și păstrează rolul de figură de atașament secundară pentru copil în Casa postnatală, Casa monoparentală și Centrul de reintegrare familială, referentul devine păstrător al tipurilor de relație stabilite cu aceasta.

În cazul eșecului mamei în asumarea rolului parental necesar copilului (odată cu trecerea copilului în așezământ) referentul devine figura principală, evitându-se astfel consecințele separării repetate și facilitarea procesului de tranziție, fără rupturi succesive. În continuare, ca păstrător al istoriei și jurnalului de viață al copilului, facilitează prin « Programul de reintegrare CFD » continuitatea legăturilor cu mama stimulând entuziasmul pentru participarea efectivă la relaționare, a ambilor parteneri, cu efecte benefice pentru copil.

Profesionistul se va baza în această poziție pe Modelul punctelor de sprijin formulat de Prof. Berry Brazelton:

BCU "ASCHIM PAN" UNIVERSITY LIBRARY

- înțelege și facilitează o relație corectă, echitabilă, de parteneriat,

- conferă comportamentelor copilului valoare semnificativă, de comunicare, ajutând părintele să discearnă corect sensul acestora și să răspundă empatic,

- recunoaște și verbalizează aportul fiecărui membru al diadei interactive, cât și al său ca specialist, contribuind la situarea unui cadru relațional stabilit clar, în care scopul suprem este bunăstarea și protecția copilului,

- când este cazul, poate renunța la limitele tradiționale impuse de poziția sa de specialist lăsând loc exprimării personale autentice, care să antreneze același mod de răspuns în diada care trebuie ghidată,

- încurajează manifestarea competențelor parentale, în situații de stres,

- își focalizează atenția pe calitatea relației și semnificația ei pentru copil, identificând punctele forte pentru a o menține chiar și în cazul când ar surveni o separare,

- folosește în interesul copilului pasiunile părintelui și le încurajează în a se exprima, entuziasmându-se.

Sistematizând funcțiile parentale pe care echipa de pilotaj a Centrului urmărește să le cultive la părinte, după formula lui Kari Killen, acesta ar fii necesar să atingă nivelul:

- acceptării responsabile a sarcinii de a satisface nevoile copilului,

- de a avea expectanțe realiste referitoare la copil și la capacitatea acestuia de a coopera pentru stabilirea unui parteneriat cu scop comun,

- capacitatea de a interacționa pozitiv cu copilul,

- abilitatea de a fii empatic cu copilul, transpunându-se în locul lui,

- capacitatea de diferențiere și nuanțare, etichetarea situațiilor și trăirilor copilului, îi vor permite ulterior copilului să aibă reacții adecvate sentimental și protective, dar în rezonanță cu emoționalitatea lui,

- abilitatea de a fii în controlul situației prin stăpânirea propriilor agresivități și suferințe spre a nu le descărca asupra copilului atunci când apar divergențe sau tensiuni.

Spațiul de locuit-« nișa pozitivă de habitat »

Familia supleantă dispune de trei camere de locuit, bucătărie, baie și anexe; destinația fiecărei camere este clar structurată.

« Camera copiilor » este locul de explorare și interacțiune și de joc cu adultul și cu cei de aceeași vârstă și uneori de vârste diferite. Aceasta este echipată după nevoile educaționale și planurile individualizate cu lucruri interesante de explorat și incitante pentru descoperire sau relaxante (îi permit escaladarea unei cutii, trepte sau ascunderea și cuibărirea, oglindirea etc. sau acțiuni de tragere, împingere și exersare « conținut – conținător »).

« Camera părinților » păstrează tributul locului privilegiat, rezervat interacțiunilor individuale (copil - figură de atașament) dar și al situării limitelor. Având zone accesibile și inaccesibile, determină structurări în timp și spațiu ale interdicției și ne intruziunii (ex. albumele, cărțile, lucrurile și obiectele personale ale adulților, aparatele electrice).

« Camera bunicilor » este spațiul destinat « restaurărilor afective », consolidărilor la plecare, cântecelor liniștitoare, retragerii în cazul că un copil este bolnav și necesită o atmosferă de liniște și atenție mai specială. Este locul de relaxare al adultului « depășit » emoțional în fața evenimentelor interactive cu copilul cât și locul de redactare al « jurnalului copilului » și al « comunicărilor scrise cu ceilalți membri » ai echipei de suport. Camera bunicilor este locul unde copilul e primit cu pâine și sare și elaborează ritualurile și amintirile fiecărei familii supleante.

« Locul de primire » se realizează acolo unde spațiul permite și este locul pentru primirea vizitelor săptămânale (a familiei naturale, adoptive, de plasament sau « prietenului de suflet ») care nu interferează ritmul și nici nu perturbă programul celorlalți. El devine, loc de exprimare a ospitalității și de primire a vizitatorilor cu ritualuri la care copiii participă în măsura vârstei. Aici se desfășoară aniversări, sărbători tradiționale, carnaval, teatru de marionete ; este locul de desfășurare al « Programului de sprijin » care-i permite copilului « deschiderea » spre autonomizare, expunându-l la contacte sociale.

« Bucătăria » e locul nu numai unde se pregătește hrana dar și un loc accesibil copilului pentru testare de forme, mirosuri, gusturi, și « plăceri în elaborare » sau « ajutor gospodăresc ».

« Baia » cu ritualul de participare și « plăceri împărtășite » este în timpi diferiți locul pentru spălare a rufelor (ca acasă) și-l obișnuiește pe copil cu « peisajul casnic normal ».

Centrul de plasament a luat această denumire la implementarea în 1998 în județul Timiș, cu intenția de a facilita transformarea instituțiilor mari în cele mici și tranziția copilului către familia definitivă și colectivitate.

2.Centrul maternal

Acționând în interesul copilului este conceput astfel încât să asigure acestuia dreptul la un *nume, o identitate (familială și culturală)* prin menținerea legăturilor cu părinții naturali consolidând relația părinte-copil.

În acest scop, centrul maternal angajează o serie de acțiuni în numele copilului, oferind servicii în primul rând cu caracter preventiv în scopul asumării de, către familie și

comunitate a copilului şi a evitării separărilor precoce traumatizante, abandonului, neglijării sau maltratării copilului.

Echipa interdisciplinară compusă din asistent social şi psiholog asigură un serviciu de consiliere la cerere (în urgenţă) încă din maternitate. De asemenea, evaluează posibilităţile de evitare a abandonului de către mamă şi acţionează în acest sens prin toate mijloacele oferite de Sistemul de Ocrotire Familială Temporară.

Suportul pentru mame şi ocrotirea copilului se face în cele 3 tipuri de case ale Centrului maternal.

2a. Casa de sprijin postnatal

Concepută cu capacitatea de a oferi suport pentru 4 mame aflate în iminenţă de abandon, care au fost apreciate ca având şanse reale de asumare a copilului până la epuizarea perioadei de sprijin (timp de 6 luni).

Copilul, având un loc rezervat în aşezământul CFD, este preluat temporar de Casa de sprijin postnatal evitând astfel, abandonul precoce.

Casa este deservită de 2 îngrijitori, un psiholog (1/2 normă) şi un asistent social (1/2 normă). Psihologul « Casei » este în contact permanent cu maternitatea pentru depistarea situaţiilor cu risc crescut de abandon al copilului, pentru sprijinirea precoce a mamelor încă din maternitate. El avizează şi intrarea mamei în Programul de sprijin al « Casei postnatale » în cazul iminenţei abandonului. Îngrijitorul (figura secundară de ataşament, de preferinţă « bunica ») şi asistentul de ocrotire au rolul de a sprijini mamele în asumarea de rol parental. El influenţează pozitiv interacţiunea mamă-copil şi/sau mamă-familie de origine (eventual familie lărgită).

Dacă până la 6 luni, mama nu-şi poate asuma copilul se propun două variante posibile de soluţionare a situaţiei şi anume :

- Transferul *diadei* în « Casa de sprijin monoparental » atunci când relaţia *este securizantă* cu şanse reale de dezvoltare şi integrare rapidă.

- Copilul ocupă locul rezervat în Centrul de plasament CFD având *referentul* ca figură de ataşament principală, iar mama în cadrul Programului de sprijin este susţinută spre a-şi menţine contactele zilnice cu copilul, să exerseze separări scurte cu reveniri predictibile care permit după vârsta de 2 ani a copilului o despărţire spre autonomizare, detaşarea sănătoasă pentru a evita discontinuităţile şi separările concomitente cu insuficienţa relaţionării cu mama naturală.

BCU "Ovidius" Constanţa

2b. Casa de sprijin monoparental

Asigură suport pentru patru mame cu ataşament de tip autonom sau care au dobândit (în urma intervenţiei interdisciplinare) un comportament asemănător ataşamentului sigur. Aceste cupluri părinte-copil beneficiază de continuarea vieţii împreună, de self-support cât şi de serviciile Centrului în vederea independentizării.

Vârsta copilului din această structură este cuprinsă între 6 luni şi 3 ani, mama putând apela la reţeaua de suport guvernamental şi la serviciile ONG-urilor pentru găsirea unui loc de muncă.

Personalul se compune din 2 persoane de îngrijire suportive pentru mamă, un asistent social (1/2 normă), un responsabil (1/2 normă). Rolul acestei echipe este de a căuta soluţii convenabile pentru inserarea în comunitate a familiei monoparentale exercitându-şi influenţa şi în percepţia comunitară asupra sprijinului necesar familiei monoparentale. Casa de sprijin postnatal şi Casa de sprijin monoparental pot funcţiona independent dar şi grupat sub denumirea de Centrul Maternal.

2c. Casa de reintegrare familială

Concepută ca parte din centrul de plasament CFD, e susţinută prin Programul de sprijin, program ce asigură ieşirea copilului din sistem într-o familie securizantă care este în acest caz familia naturală.

Atunci când există în cadrul Sistemului de ocrotire familială şi Centrul maternal, Casa de reintegrare familială devine o componentă a acestuia.

Casa deserveşte un număr de 4 mame în imposibilitate de a se întreţine împreună cu copilul, din punct de vedere financiar dar motivate spre a-şi asuma propriul copil.

Relaţia bună a mamei cu copilul şi buna integrare comunitară permit angajarea responsabilă în postura de părinte. Casa oferă găzduire diadei pe o perioadă determinată pentru a se independentiza. În acest caz mama este susţinută o perioadă de 6 luni pentru a-şi îngriji propriul copil ; acolo unde există şanse reale de asumare a copilului contractul poate fi prelungit .

Spaţiul se compune din 3-4 camere (2-3 dormitoare, o cameră de zi, bucătărie comună şi dependinţe). Camera de zi este sufragerie, loc de joacă pentru copii şi de interferenţă cu echipa interdisciplinară.

BCU "MIHAIL KOGĂLNICEANU" IAŞI LIBRARY

Pentru realizarea autogospodăririi, supravegherii copiilor în permanenţă, a evitării accidentelor şi a împărtăşirii experienţelor cu copii este necesară gruparea a câte 2 mame în cameră.

Mamele interacţionează cu copilul constituind figura de ataşament principală pentru acesta şi completează « jurnalul de viaţă al copilului ». Referentul în toată această perioadă este suportiv pentru mamă ajutând-o în cristalizarea impresiilor împărtăşite copilului, în această perioadă fiind figura de ataşament secundară. În cazul în care reintegrarea familială nu este posibilă copilul revine în centrul de plasament CFD şi referentul devine pentru copil figura de ataşament principală.

3. Programul de sprijin - Echipa interdisciplinară

Pentru o intervenţie cât mai precoce şi eficace în scurtarea timpului de ocrotire al copilului în familia supleantă acţionează, în cadrul Centrului de plasament un « Program de sprijin CFD » care este derulat de o echipă interdisciplinară compusă din pedagog, psiholog, asistent social. Această echipă supervizează activitatea referenţilor din familiile supleante. Ea derulează activităţi comunitare ce permit găsirea unei familii securizante corespunzătoare nevoilor copilului, asigurând tranziţiile atât dinspre familia naturală spre cea supleantă cât şi dinspre aceasta spre cea adoptivă sau de plasament şi invers în caz de eşec.

Pentru asigurarea coerenţei, continuităţii şi evitarea separărilor traumatizante pentru copil echipa intervine decizional şi structurant în Centrul de plasament.

Ea întocmeşte şi oferă documentaţia de specialitate necesară organismelor abilitate în adopţie, reintegrare şi plasament. Asigură totodată vizualizarea problematicii copiilor ocrotiţi nediscriminativ şi respectarea standardelor programelor şi practicilor profesionale.

Programul de sprijin prin obiectivele sale contribuie la prevenirea fenomenului de deprivare maternă:

- Reintegrarea copilului în familia naturală atunci când părintele este interesat de păstrarea legăturilor.
- Plasarea precoce a copilului abandonat sau fără părinţi într-o familie securizantă (adopţie sau plasament).
- Evitarea dezadaptării afective şi sociale a copilului prin integrarea precoce în colectivitatea, comunitatea şi cultura din care face parte („Programul prieten de suflet").
- Schimbarea mentalităţii în sensul restabilirii şi asumării de rol faţă de problematica copilului aflat în dificultate (implicare comunitară).

Componentele programului de sprijin sunt :

BCU "ASCENTRALUNIVERSITARY

- reintegrare familială ;
- adopţie şi plasament ;
- prieten de suflet ;
- implicare comunitară responsabilă şi constantă.

Prin reintegrare familială se:

- Facilitează accesul părinţilor şi se urmăreşte interacţiunea acestora cu copilul;
- Asigură suportul moral părintelui pentru creşterea stimei de sine şi valorizarea rolului parental;
- Încredinţează temporar copilul părintelui natural spre a-i permite reacomodarea în diadă oferindu-i suportul profesionist al echipei interdisciplinare;
- Observă comportamentul copilului şi oferă consilierea necesară pentru a restabili continuitatea discursivă şi coerenţa celor întâmplate şi a diminua efectele adverse ale separării;
- Conturează programe comune de menţinere a relaţiei şi reasumare a rolurilor parentale, stimulând abilităţile reparatorii ale diadei, dialogul reflectiv, sincronia şi colaborarea
- Acţionează pentru găsirea de suport comunitar care să garanteze inserţia socială.

Pentru copii care au părinţi naturali cunoscuţi, « Programul de sprijin » prevede suport din partea echipei interdisciplinare iar pentru anumite cazuri susţinerea diadei mamă-copil în Centrul de reintegrare familială - CFD spre a putea interfera în timp util formarea unei matrici primare de ataşament sigur.

În vederea unei adopţii şi a unui plasament rapid, adecvat nevoilor de stabilizare a copilului, se:

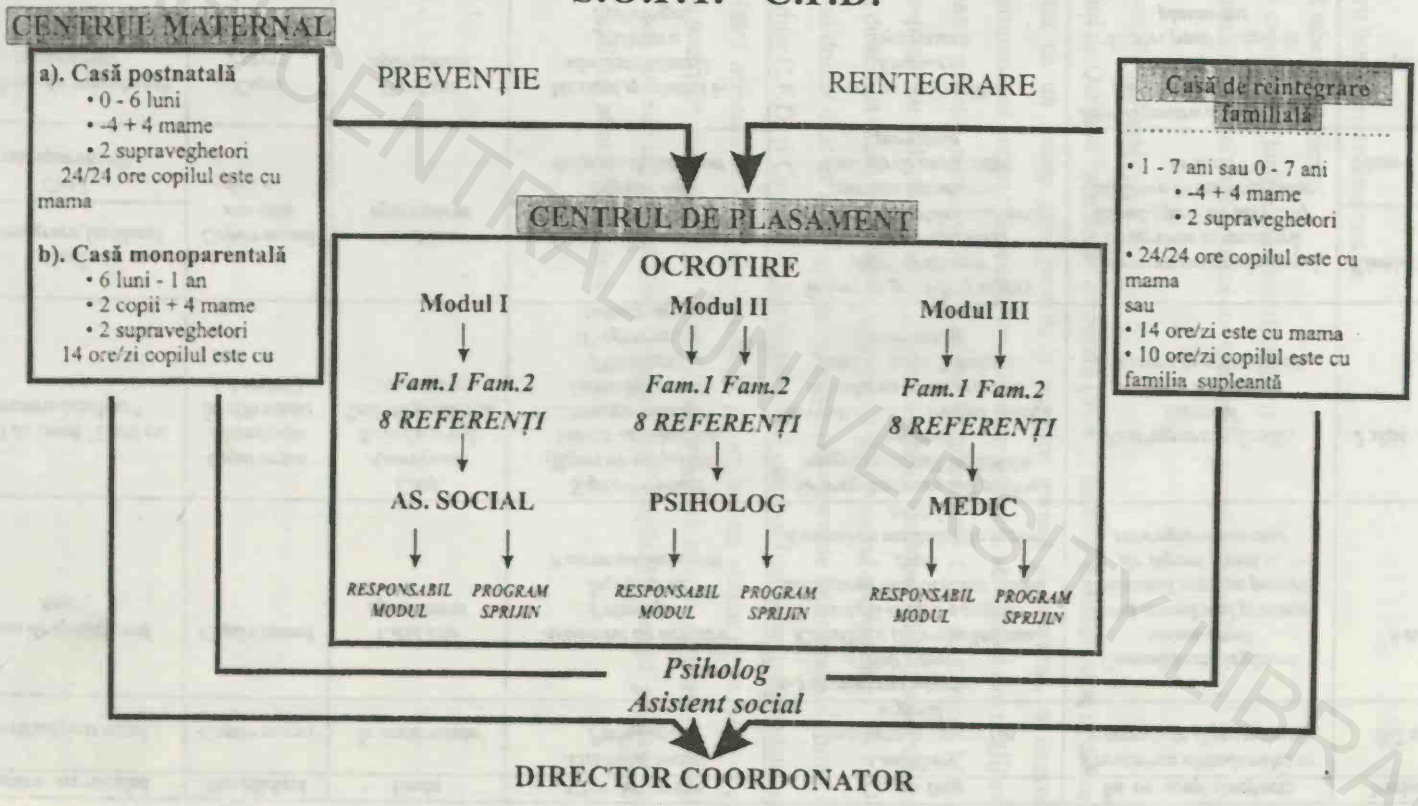
- Mediatizează prin mijloacele mass-media situaţia copiilor aflaţi în ocrotirea Sistemului familial CFD, fără intruzivităţi în ritmul de viaţă şi biografia intimă a copilului,
- Colaborează cu agenţiile şi autorităţile avizate pentru adopţie şi plasament în programe comune,
- Susţine copilul în procesul de adaptare cu potenţialii părinţi adoptivi.

Prin Programul „Prieten de suflet", voluntarii educaţi special :

- Facilitează procesul de detaşare-autonomizare al copilului prin introducerea unor figuri noi, avizate pentru interacţiuni multiple în cadrul structurilor CFD ;
- Contribuie la lărgirea sferei de explorare prin însoţirea copilului în comunitate ;

BCU ASCETRAL UNIVERSITY LIBRARY

SISTEMUL DE OCROTIRE FAMILIALĂ TEMPORARĂ
„*CASA CU FERESTRE DESCHISE*“
S.O.F.T. - C.F.D.



BCU IAȘI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

SERVICII OFERITE DE SISTEMUL DE OCROTIRE FAMILIAL CASA CU FERESTRE DESCHISE

Natura serviciului	Beneficiari	Unde	Cine intervine	Ce se face	În ce scop (impact)	Perioada
Serviciul post natal	*Copii+mamă*	*În maternitate*	*Asistentul social Psihologul*	*Consiliere Consiliere la cerere (În urgență)*	*Prevenirea abandonului în maternitate (fuga mamei)*	*0-2 săpt.*
Casa de sprijin post natal	*Copii+mamă*	*Casă sau apartament*	*Asistentul de ocrotire Psihologul Îngrijitorul Responsabilul casei*	*4-5 mame conviețuiesc Self suport Consiliere (igienă-sănătate mintală-creștere copii) Evaluarea interacțiunii mamă copil Evaluarea mediului de suport social*	*Consolidează legătura mamă-copil Evită abandonul precoce Evaluează rețeaua proprie de suport social și reintegrare precoce*	*6 luni*
Casă de copii "Casa cu ferestre deschise"	*Copil orfan Abandonat În dificultate (al străzii)*	*Casă Apartament Sală de creșă Sală de grădiniță (amenajare)*	*Supraveghetori (figuri de atașament) Mamă-tată-bunică Director educativ Asistentul social Psihologul (Programul de reintegrare)*	*Se pregătește copilul pentru integrare rapidă în familia ocrotitoare Se realizează acordajul afectiv în vederea reintegrării în familie, colectivitate și comunitate*	*Reintegrare în familia naturală Adopție Plasament Integrare în colectivitate*	*2 săpt.-12 luni*
Casă de reintegrare familială	*Copii+mamă sau tată*	*Casă sau apartament*	*Asistentul de ocrotire Psihologul Îngrijitorul Responsabilul casei*	*Suport de grup-Self suport Autoîntreținere Servicii comunitare Rezolvarea problemelor prin contacte securizante Evaluarea capacității parentale*	*Asumarea propriului copil Integrarea comunitară (două oferte de serviciu) Calificare în muncile cerute în zonă*	*6 luni-3 ani*
Casă monoparentală						*6 luni-3 ani*
Serviciul de consultanță și consiliere	*Copii Părinți Specialiști*	*Casă sau apartament*	*Medicul specialist în sănătate mintală Psihiatru Psihologul Asistentul social*	*Consultații Consiliere Evaluare Supervizare*	*Suport pentru cazuri dificile Suport pentru părinți adoptivi Suport pentru copii în plasament Supervizare specialiști*	*2 săpt.-18 ani*

- Face vizibil copilul cu performanţele sale, acestuia mărindu-i-se astfel şansele de adopţie sau plasament.

Pentru implicare comunitară se:

- Organizează tabere sezoniere ;
- Organizează evenimente festive (aniversări, serbări) ;
- Participă la manifestări cultural-artistice comunitare (expoziţii, spectacole etc.)

Funcţionarea sistemului

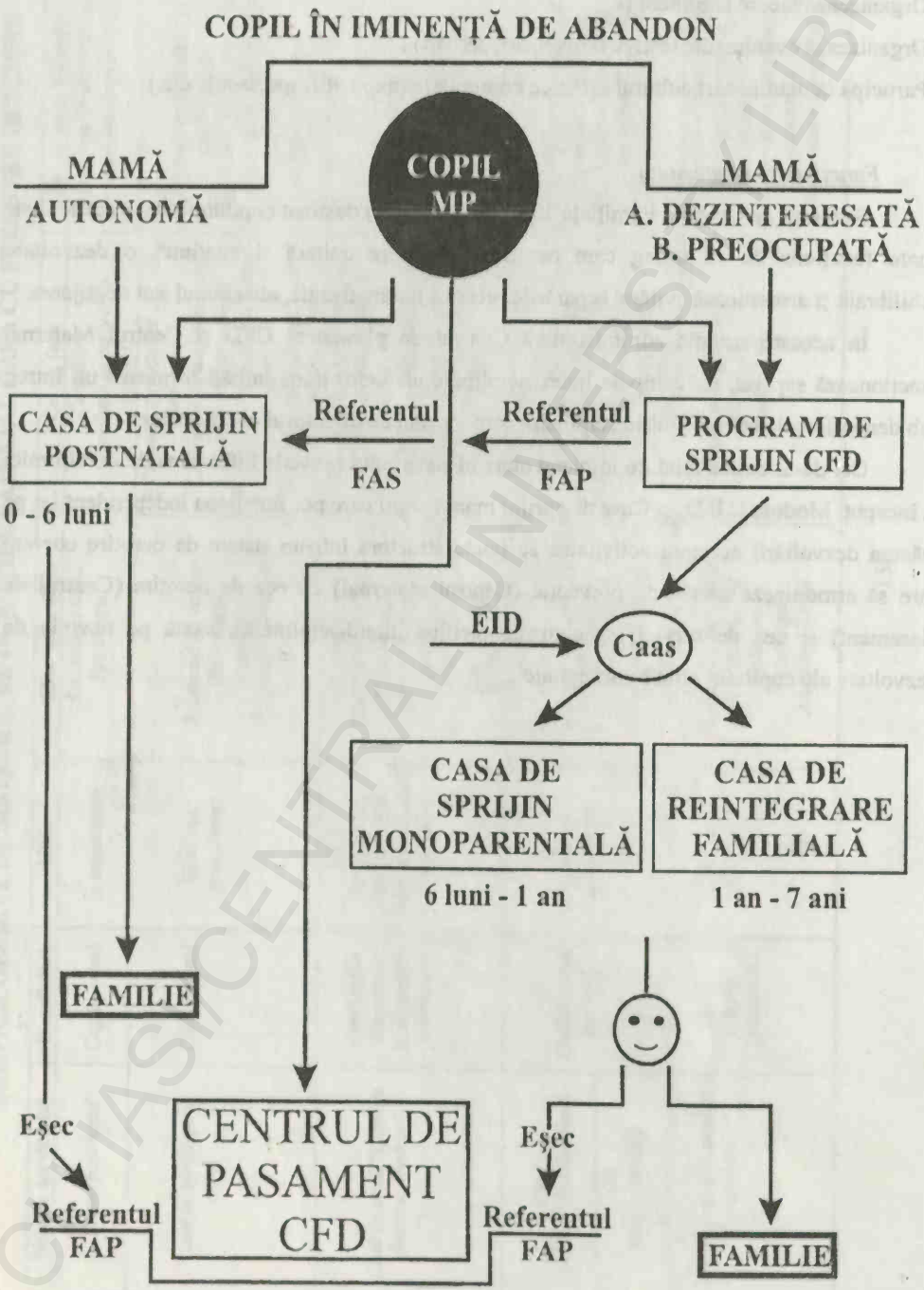
Sistemul de Ocrotire Familială Temporară (SOFT) destinat copilului aflat în dificultate poate funcţiona ca un întreg care permite o ocrotire unitară şi continuă, o dezvoltare echilibrată şi armonioasă evitând separările precoce traumatizante, abandonul sau neglijarea.

În această situaţie administrativă Centrul de plasament CFD şi Centrul Maternal funcţionează separat, iar echipele interdisciplinare ale celor două unităţi formează un întreg sub denumirea de echipă multidisciplinară, supervizată de directorul coordonator.

Cel de-al doilea mod de implementare al sistemului prevede înfiinţarea de unităţi mici la început, Module C.F.D. şi Case de sprijin mamă-copil care pot funcţiona independent iar pe măsura dezvoltării acestora activitatea se poate structura într-un sistem de ocrotire coerent care să armonizeze partea de prevenţie (Centrul maternal) cu cea de ocrotire (Centrul de plasament) şi cea de servicii specializate (echipa interdisciplinară), axată pe nevoile de dezvoltare ale copilului aflat în dificultate.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

DINAMICĂ ŞI CONTINUITATE ÎN SOFT



BCU IAŞI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Elemente favorizante pentru implementarea rapidă a SOFT - CFD

Sistemul de ocrotire familiala CFD prin modelul nou oferit creează continuitate evitând separările precoce şi abandonul cu efect dezastruos pentru copil.

Pornind de la o bază sigură de ataşament care este mama naturală sau referentul din familia supleantă se asigură mediul securizant ce permite explorarea şi autonomizarea.

Varianta optimă de implementare prevede ca familiile supleante să dispună fiecare de câte un apartament în comunitate, de preferinţă grupate câte două în acelaşi bloc sau în blocuri apropiate în vederea formării Modulului CFD (ca în varianta Petroşani care a fost înfiinţată de Fundaţia Ovidiu).

A doua variantă constă în utilizarea spaţiilor fostelor creşe aflate în incinta grădiniţelor (cu program prelungit), transformate sub formă de apartamente, ceea ce permite următoarele avantaje de logistică :

- Reutilizarea unor spaţii disponibilizate prin scăderea numărului de copii din creşa de cartier fără a le schimba destinaţia favorizând integrarea comunitară rapidă şi vizibilitatea copilului aflat în dificultate.

- Amenajarea spaţiului pentru a orienta copilul pe modelul unui apartament familial nu necesită investiţii mari şi permite o nişă pozitivă cu programe individualizate cu respectarea ritmurilor şi intimităţii copiilor.

- Funcţionarea unor module familiale mici flexibile în cadrul grădiniţelor asigură condiţii de educaţie nediscriminative într-o nişă ecologică corespunzătoare nivelului social şi cultural din România (cu accent special pe reluarea tradiţiilor şi stimularea adecvată).

- Gruparea a două familii supleante într-un modul situat în acelaşi imobil (clasa de creşă, grădiniţa), respectiv două apartamente de bloc prezintă avantajul interacţiunilor şi ajutorului în caz de urgenţă pentru personalul care le deserveşte şi primul pas în socializare prin vizitele reciproce.

- Interacţiunile cu copiii din familiile cartierului în care locuiesc ca vecini transformă beneficiarii în participanţi activi, vizibili şi accesibili influenţelor comunităţii locale.

Acest nou sistem de prevenţie în sănătatea mintală şi protecţie socială care are la bază principiile teoriei ataşamentului, pregăteşte individul spre a face faţă stresului şi a dezvolta mecanisme adaptative care să-i permită realizarea potenţialului personal într-un climat social. SOFT este în concordanţă cu strategia guvernamentală în domeniul protecţiei drepturilor copilului şi ea este considerată drept alternativă de tip familial, cu valenţe de angajare comunitară şi cu perspectivă de generalizare.

De menţionat:

BCU "MIHAIL KOGĂLNICEANU" LIBRARY

- La aproximativ aceleaşi cheltuieli efectuate de către sistemul de ocrotire actual, ocrotirea copilului se poate face în sistem familial cu părinţi supleanţi (referenţii implicaţi direct în relaţia cu copilul).

- Părinţi supleanţi -referenţii sunt supervizaţi de o echipă interdisciplinară compusă din : asistent social, psihiatru şi pedagog.

- Copilul ocrotit este dublu securizat, pe de o parte de către referent ca „figură secundară sau principală" de ataşament şi mama naturală. Pe de altă parte specialiştii (echipa interdisciplinară) şi „prietenul de suflet" secondaţi de ceilalţi membri ai familiei supleante care au rol de figuri de ataşament secundare cu care exersează socializarea precoce.

- Echipa interdisciplinară derulează un Program de sprijin care permite ieşirea copiilor din sistem într-o familie securizantă (naturală sau adoptivă) în aproximativ 18 luni (şederea în CFD a fost cuprinsă între 4 luni şi 3 ani în toţi cei 10 ani de existenţă în diverse zone ale ţării).

- Implicarea Direcţiilor Judeţene de Protecţie a drepturilor copiilor în parteneriat ONG-urile (jud. Timiş şi Hunedoara) în promovarea modelului de ocrotire familială tip Casa cu Ferestre Deschise oferă posibilitate comunităţii să se implice şi să sprijine în cadrul proiectelor incluse în programul de sprijin scoaterea copilului din sistemul instituţionalizat de tip familial într-o familie securizantă definitivă folosindu-şi resursele proprii.

- Ocrotirea copiilor fără identitate, a celor abandonaţi în maternităţi şi a celor aflaţi în dificultate încă din primele luni de viaţă într-un sistem securizant de tip familial şi plasarea lor într-o familie definitivă încă din mica copilărie scuteşte şi bugetul statului de întreţinerea lor în instituţii mari. Structurile mici, atât ca mediu ambiental cât şi ca structuri de personal, pot găsi posibilităţi de autosusţinere continuă. Ele pot intra în managementul Consiliilor locale pe teritoriul cărora se află copii mici în situaţie de abandon, neglijaţi sau abuzaţi şi/sau cu disabilităţi.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Concluzii

1. Bazată pe ideea unui model familial, ca supleant parental, cercetarea şi-a propus, în prima etapă, să pledeze pentru a i se oferi copilului o identitate juridică, psihologică şi culturală.

2. Funcţionarea Casei cu Ferestre Deschise între 1993 şi 1994 a angajat voluntarii într-un proiect-pilot care a incitat un grup interdisciplinar de reflecţie asupra dezvoltării în miţa copilărie şi la acţiuni concrete, locale, de reintegrare familială, adopţie şi plasament, într-un efort de solidarizare al ONG-urilor româneşti şi străine din Franţa, Anglia, Olanda şi Irlanda desprinzându-se concluzii practice de ocrotire a copilului aflat în dificultate, în contextul descentralizării serviciilor.

3. Trecerea de la viziunea medicală către cea de asumare socială, asupra îngrijirilor şi educaţiei copilului mic şi asupra rolului *„bunic"* şi *„tată"*, valorizaţi prin imaginea lor concretă şi prin intermediul *„jurnalului de viaţă"*, a condus la necesitatea definirii rolurilor, statutelor sociale şi profesionale a bărbatului cu rol de educator-puericultor, ale psihologului şi asistentului social, cât şi asupra alternativelor familiale profesioniste - care să poată susţine alternativa propusă în faţa autorităţilor de către echipa de supervizare.

4. Programul-pilot 1997-1999 a vizat transformarea instituţiilor de ocrotire depersonalizante în unităţi mai mici, de tip familial, corespunzătoare nevoilor copilului mic.

Centrată pe nevoile copilului, organigrama a fost modificată, astfel ca personalul auxiliar educat în sensul drepturilor copilului, al teoriei ataşamentului şi practicilor din Institutul Pikler din Budapesta, să intre în interacţiune directă cu copilul, ca referent (figură principală de ataşament).

5. Sistemul de ocrotire familial Casa cu Ferestre Deschise a reprezentat o nouă modalitate de abordare a ocrotirii copilului, conform teoriei ataşamentului, în familii supleante cu caracter temporar. Datorită componentelor din Programul de sprijin şi a intervenţiei echipei interdisciplinare, a asigurat ieşirea rapidă şi plasarea copilului într-o familie securizantă definitivă.

6. Componenta de prevenţie a abandonului copilului, prin centrul maternal, a intervenit în perioada neo-natală pentru susţinerea diadei în perioade critice, diminuând potenţialul de abandon şi efectul psihopatogen posibil pe termen lung.

7. Sistemul funcţionează ca un tot unitar datorită echipei multidisciplinare din cele trei tipuri de forme de ocrotire a copilului aflat în dificultate, permite depistarea şi intervenţia precoce în cazul tulburărilor survenite în dezvoltarea copilului.

CAP . V. ORGANIZAREA ATAŞAMENTULUI ŞI SCOPURILE PSIHOTERAPIEI – INTERVENŢII CENTRATE PE RELAŢII

5.1. Copilul neataşat - factor de risc

În 1994, fiind în SUA, la Universitatea Minnesota am străbătut jumătate din continentul american spre a ajunge în Denver - Colorado, unde se desfăşura a XXII-a întâlnire a ISPCAN "Windows of opportunity" - şi unde Marty Erikson prezenta implicaţiile practice ale tulburărilor de ataşament primare în aspectele de maltratare ale copilului ca rezultat al studiilor longitudinale impresionante de 20 ani (pe un lot rămas reprezentativ de copii consideraţi cu risc crescut având acum la rândul lor copii pe un lot semnificativ 200 subiecţi extrem de minuţios selectat, comparat şi urmărit în timp).

Pentru Ken Magid şi Carole A. McKelvey în 1987 publicarea cărţii lor "Copii cu risc crescut - fără conştiinţă" constituie o provocare adresată lucrătorilor din Centrele de zi, adopţie, plasament, părinţilor care se despart sau îşi abuzează copii. Din prisma noastră, acest punct de vedere era mult prea tranşant împotriva adopţiei copiilor din instituţiile româneşti fapt ce ne-a determinat să luăm atitudine publică, bazată pe experienţele noastre în domeniu.

Cartea prezintă "Copiii neataşaţi" drept "banditi în care ai încredere" descrişi de autori ca exemple de "escroci sentimentali", "întreprinzători imorali", drogaţi, criminali psihopaţi care nu pot iubi şi nu pot fi iubiţi "furând dragostea" şi banii celor care i-ar lua în îngrijiri.

Cartea de fapt pleda pentru ca mama să ia în considerare faptul de a rămâne până la 2 ani cu copilul. E necesar să abordeze în mod conştient creativ separarea progresivă cu metode care să conducă la copii sănătoşi mental şi să atragă atenţia terapeuţilor, educatorilor, psihologilor. Dar trebuie cunoscut faptul că ceea ce facem în prezent cu copilul mic poate fi cauza unor prejudicii ireversibile anumitor copii, răspunsurile trebuie să vină din partea mai multor locuri incluzând căminul acestor copii, locurile de muncă ale mamelor, şcolile, formele de ocrotire ale copilului şi guvern.

Privind procesul de ataşare ca pe un punct critic, atunci când copilul nu reuşeşte să se ataşeze autorii îl leagă pe termen lung de "Personalităţile antisociale" mai precis de psihopatul anetopat.

Pericolul deraierilor procesului de ataşare-detaşare este prezent dramatic ca şi metodele preventive şi terapeutice.

Legăturile de ataşament se formează în primele 9 luni de viaţă şi cel mai important eveniment în primul an de viaţă e considerat a fi formarea relaţiilor şi sistemului de ataşament.

Michael Rutter în "Maternal Deprivation Reassessed" (1981, p. 105) sugerează că începutul ar fi "o fază iniţială de linguşire şi comportament de dependenţă urmată de căutarea atenţiei, dezinhibată, prietenie nediscriminativă şi în final o personalitate caracterizată prin absenţa sentimentului de vină, inabilitatea de a respecta regulile şi de a forma relaţii durabile".

Mary Ainsworth argumentează că cel mai important rezultat pe termen lung al eşecului de a forma o ataşare afectivă este "inabilitatea de a stabili şi menţine o relaţie interpersonală profundă şi stabilă". Este ceea ce Rutter a numit "psihopatia fără afecţiune".

La Clinica Evergreen Denver - Colorado unde dr. Foster Cline e considerat expert în domeniul copiilor neataşaţi se consideră cu risc crescut (pe măsura acumulării simptoamelor) copiii având următorul "profil de copil perturbat caracterial":

1. Inabilitatea de a da şi a primi afecţiune
2. Comportamente autodistructive
3. Cruzime faţă de alţii
4. Veracitate verbală
5. Probleme severe de furt, depozitare şi a hranei
6. Probleme de vorbire (limbaj)
7. Probleme serioase de autocontrol
8. Absenţa prieteniilor de lungă durată
9. Anormalităţi ale contactului din priviri
10. Părinţii par mânioşi sau ostili faţă de copil
11. Preocupări legate de a provoca foc, sânge, sugrumări.
12. Atracţie pentru străini şi "prietenie" nediscriminativă cu aceştia
13. Diferite tulburări ale procesului de învăţare
14. Un mod patologic particular de a minţi - "procesul primar al minciunii".

(Cline, 1979 p. 128 Copii cu risc - fără conştiinţă)

Ca urmare a faptului că rezultatul traumelor precoce de neformare a ataşamentului rămâne pentru toată viaţa, se transmite şi altor generaţii "legând", "învăluind societatea" Cline este de părere că "E absolut esenţial ca aceia care au o înţelegere a acestor probleme complicate în timp să aibă o intervenţie unită. Aceasta nu este o problemă care are nevoie să fie studiată mai mult. Este o problemă care necesită acţiune, acum" (1979, p. 129).

BCU "ASTRA" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Abandonul, neglijarea, abuzul în primul an de viaţă în creştere, creşte şi problemele delicvenţei juvenile în ascensiune şi cum spunea Benjamin Franklin "Păcatul nu răneşte pentru că e interzis, ci e interzis pentru că răneşte din plin".

Vera Fahlberg, pe care am întâlnit-o în 1994 spunea că există un ciclu al ataşării care trece prin mai multe stadii: *nevoie*, *disciplină*, *satisfacerea* nevoii şi *liniştire*. (p. 74)

Input necesar:

a) contact din priviri

b) atingere şi stimulare labirintică

c) lactoză (laptele matern)

d) zâmbet.

Ciclul are loc între persoana de îngrijiri şi copil.

În primul an de viaţă se descriu *trei faze*:

1. Iniţial - primele săptămâni de viaţă copilul *semnalizează* (plângând, vocalizând, zâmbind). Cei din preajmă îi răspund luându-l pentru a-l reconforta/linişti sau a se juca. Sugarul răspunde prin sucţiuni şi reflexul de apucare.

2. Când se obişnuieşte" cu aceştia poate *discrimina* persoanele familiale de cele nefamiliale.

3. Dacă tatăl/mama sunt prezenţi în proces, sugarul îi va căuta activ procesul putând fi între 2 săptămâni şi 9 luni.

Michael Lamb nota "Cel mai dramatic şi semnificativ eveniment care survine în primul an viaţă e formarea ataşamentelor sociale" (p. 185, 1982).

Când sunt separaţi de părinţi, copii care au reuşit să formeze ataşamente trec prin *fazele de protest, disperare şi detaşare*.

Bowlby afirmă:

"Singurii copii care nu par afectaţi de astfel de situaţii (de separare) sunt aceia care niciodată nu au avut nici o figură de care să se ataşeze sau care au experimentat separări repetate şi prelungite şi au devenit deja mai mult sau mai puţin detaşaţi permanent" (Bowlby, 1973).

Detaşarea e un mecanism de apărare împotriva durerii de a fi separat. Ca autoritate în domeniul separării şi anxietăţii care-i rezultă, Ainsworth (1978) – prin scala care măsoară anxietatea separării de scurtă durată – demonstrează că fiinţa umană răspunde prin mecanisme înnăscute de teamă în situaţii necunoscute (nefamiliare). Când copilul e ataşat sigur poate să aibă în mod tranzitor anxietate la separare dar trece peste aceasta şi se dovedeşte activ în a dezvolta încredere. Aceasta îi oferă baza de la care poate explora lumea.

BCU "SICENTRAL" UNIVERSITY LIBRARY

Vulnerabilitatea deosebită este în jur de 1 an când forţa şi frecvenţa reacţiilor de anxietate la străini creşte şi devine dificil să se ataşeze de o nouă persoană. Într-o relaţie sănătoasă, diada figură de ataşament-copil a dezvoltat deja sistemul care balansează şi limitează corect temerile.

Între 11 şi 36 luni copiii demonstrează anxietate intensă în locuri necunoscute.

Fără a reveni asupra reacţiilor descrise în cazurile ataşamentelor nesigure am notat ceea ce Selma Fraiberg spunea în cartea "Dreptul fiecărui copil la naştere. În apărarea maternităţii" (1977):

"Caracteristica distinctă a bolilor non-ataşamentului este incapacitatea persoanei de a forma legături umane. În întâlnirile personale cu asemenea indivizi există un perceptibil sentiment care intervine în spaţiu, al "non conexiunii" (p. 47)

Aceeaşi autoare nota referitor la copiii din medii dezavantajate social, asistaţi în Statele Unite de programul guvernamental "Head Start" că aceste "fantome sărace" tăcute şi fără zâmbet la 3-4 ani (cu multiple conexiuni rupte precoce între rude, instituţii, copiii "ping-pong" care schimbă frecvent paturi şi adrese sau care zac fără stimulare în acelaşi loc hrăniţi şi luaţi în braţe întâmplător), atunci când sunt într-un loc bogat în culori par a se simţi în cimitir; pentru cei care lucrează conştient cu ei se poate nota drept victorie după 6 luni dacă obţin ca răspuns un zâmbet şi salutul de recunoaştere sau învaţă numele celui pe care începe să-l "discrimineze". Este părerea pe care o auzim frecvent la lucrătorii din "Casa cu Ferestre Deschise" care au astfel o apreciere "calitativă" un semn de progres în munca lor uneori sisifică.

Dacă nu se intervine la timp afirmă Bowlby, abilitatea copilului "de a face şi menţine legături afective e întotdeauna distorsionată" (1979, p. 72).

În termenii autorului "parentalitatea patogenică" include discontinuităţi care creează în copil manifestări de mânie, resentimente care aduc o lipsă de structurare.

Fraiberg a ajuns la concluzia că:

"Atunci când *fără nici o raţiune* un copil şi-a petrecut întreaga perioadă de sugar şi o mare parte din cea de copil mic într-un mediu care nu-i oferă parteneri maturi sau condiţii pentru ataşamente umane susţinute, în principal, în primii trei ani, dezvoltarea ulterioară a copilului demonstrează efecte măsurabile".

1. Aceşti copii formează relaţii doar pe *baza nevoilor* fără prea multă consideraţie pentru vreuna dintre persoanele de îngrijire. Este o afectare a capacităţilor lor de a se ataşa de orice persoană.

BCU "ASCENTIA" UNIVERSITY LIBRARY

2. Există o *retardare în gândirea conceptuală* (care rămâne mai scăzută) chiar când în al 2-lea sau al 3-lea an i se oferă un mediu favorabil. Limbajul care a fost retardat sever se îmbunătăţeşte în medii favorabile dar capacităţile de învăţare nu sunt în întregime "recâştigate".

3. Tulburarea *controlului impulsurilor*, mai ales în domeniul *agresivităţii* sunt frecvente.

Revăzând mai multe studii asupra profunzimii şi impactului asupra viitorului individ şi sănătatea sa mentală, absenţa ataşării depinde de următorii factori:

a) Vârsta la care ciclul ataşamentului e întrerupt e critică (mai ales în perioada de sugar) cu cât copilul e mai mic cu atât e mai important pentru procesul de ataşare şi capacitatea de reconstruire. (Chiar dacă nu pare complet la 2 ani).

b) Separarea pe o perioadă de câteva ore poate fi tolerată, reparată de copil nu însă şi perioade lungi de zile-săptămâni în care adultul nu e predictibil, şi nu a găsit metode de a structura aceste scurte aşteptări şi a le semnala limitele.

c) Predispoziţiile genetice, joacă un rol în perceperea copilului de către adult dar aceasta rămâne de studiat în ce măsură e un fapt influenţabil şi la ce vârstă. Berry Brazelton subliniază pentru părinţi faptul crucial de a-şi acorda timp şi a se responsabiliza pentru a crea şi menţine legăturile cu sugarii lor pentru a da sensul stabilităţii lumii.

"Aceste experienţe precoce de a învăţa unul despre altul sunt baza împărtăşirii dezvoltării emoţionale în viitor".

Jocul de cuvinte: "The time to teach obediance is in the playpen, and not in the state pen", s-ar traduce, parafrazând, că "timpul de a învăţa supunerea este cel în care copilul e în ţarc şi nu între gratiile închisorilor în urma condamnărilor penale".

El mai poate fi tradus însă din punct de vedere al dezvoltării copilului prin faptul că statul trebuie să ia măsuri preventive educative precoce pentru a nu plăti preţul social al delincvenţei.

În "ciclul magic" al ataşamentului îşi are rădăcina sufletul, şi am ales termenul pentru că exprimă acea calitate unică, umană de a avea grijă de celălalt, credinţa intimă că există ceva mult mai măreţ *între noi*, mult mai important decât noi înşine.

În eseurile de-a lungul anilor la întâlnirile profesionale am încercat să evoc gânditori din trecut care au scris pe această temă a ciclurilor sau stadiilor dezvoltării. Eric Erickson a scris despre "încrederea de bază". Martin Buber şi Biswanger despre relaţia fenomenologică "a fi cu celălalt".

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Grupurile creştine vorbesc despre sensul "stării de graţie" psihanaliştii despre "internalizarea părintelui bun". Acestea înseamnă că trăsăturile părintelui (sau celui care îl înlocuieşte) sunt acceptate de copil ca trăsături proprii, ale sale şi ele vor face parte din repertoriul să ulterior. La fel caracteristicile mediului şi "legile" după care se desfăşoară viaţa în acest mediu.

Din acest moment trebuie să gândim că acest ciclu nu e "magic" decât în măsura ignoranţei noastre sau al apărărilor noastre.

Berry Brazelton constată că încă din perioada sarcinii (la gravide împovărate de ideea de a se reîntoarce la locul de muncă pentru a-şi asigura existenţa sau la profesionistele de succes) există tendinţa de a se detaşa de copil, atribuindu-i incapacitatea de a simţi şi suferi din cauza separării de persoana ei, tendinţa de a face "doliul" pierderii copilului încă din perioada de sarcină pentru a se feri de durerea pierderii copilului - pe care astfel o pregăteşte.

În mod similar, lucrătorii din domeniul protecţiei copilului sunt supuşi unui efort enorm de a rezista între nevoile afective şi materiale proprii uneori nesatisfăcute şi cele debordante ale copiilor. Asistăm la situaţii în care persoane cu educaţie de nivel înalt şi responsabilităţi în domeniu proiectează propriile nevoi şi nu iau drept un semnal de alarmă apelativul general "mama" ci distorsionează, se detaşează. . . se apără de ceea ce n-au putut integra.

Mecanismele de apărare *ale mamei* sunt de importanţă crucială pentru supravieţuirea ei personală, iar Brazelton le grupează în trei:

1. *Negarea sau distorsiunea* importanţei schimbării din viaţa ei. Femei tinere, uneori profesioniste nu recunosc că a avea un copil le va schimba viaţa. Nu realizează că după ce au copilul vor avea un profund sentiment de pierdere dacă nu-şi permit timpul pentru a lăsa loc unui ataşament normal să se formeze. Ele par să nu realizeze investiţia de timp pe care o cere copilul.

2. *Proiecţia* (sau blamarea celor din jur: creşa, îngrijitorii pentru problemele ivite). E un al II-lea mecanism de apărare. Uneori proiecţiile sunt de tipul "Copilului nu-i pasă de mine, e ataşat de X..." etc.

3. *Ataşarea* "Una dintre structurile de lungă durată care se presupune a fi formate în perioada de sugar şi mică copilărie este *sensul securităţii emoţionale* - o idee strâns corelată cu noţiunea de *încredere*, *ataşament* şi *dragoste*" (Kagan, 1978 "Infancy: Its Place in Human Development").

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Pacientul şi terapeutul în această perspectivă devin *co-constructori ai povestirii* şi nu există un adevăr *unic* care să fie acoperit ci trebuie să ajungă în comun la un fel de înţelegere împărtăşită care ajută la reconfigurarea, la redefinirea sensului de sine al pacientului şi al raporturilor cu ceilalţi.

Din punctul de vedere al terapeutului, povestea pacientului e "croită" de securitatea ataşamentului acelui individ, la care primul trebuie să se ajusteze prin acordaj.

Termenul de *predominant* e extrem de important în procesul terapeutic în care, adultul în anumite circumstanţe, poate fi clasificat într-unul din cele 2 categorii care subîntind moduri de apărare similare şi care se pot manifesta diferit în situaţii clinice diferite de relaţionare.

În timpul tratamentului, apărările pot deveni mai fluide şi chiar aceste fluctuaţii sunt o componentă la care terapeutul trebuie să fie senzitiv.

Jeremy Holmes într-un articol recent (1997) sugerează că munca terapeutică angajează "story making and story breaking" adică trebuie să-l ajuţi pe pacient într-un anumit moment să spună o poveste coerentă şi în acelaşi timp să faci ca istoria să fie spusă în mod diferit în lumina procesului de vindecare.

"În argumentele mele, sănătatea psihologică implicită (legată strâns de ataşamentul sigur) depinde de dialectica dintre "story making and story breaking" între capacitatea de a forma povestea şi a se dispersa de aceasta în lumina noii experienţe".

Acelaşi autor defineşte trei prototipuri patologice ale capacităţii narative:

- adeziv la o poveste rigidă (dismissing pattern)
- depăşit de o poveste nespusă (paternul preocupat)
- incapabil să găsească o poveste suficient de puternică spre a conţine durerea traumatică (paternul nerezolvat).

Aceste "patologii ale capacităţii narative" au efecte profunde în procesul clinic.

La cei *predominant* indiferenţi (dismissing) munca terapeutică trece prin fazele: găsirea de căi pentru a permite accesul afectelor spre a fi experimentate, apoi conştientizate, apoi permisiunea de a fi puse în altă lumină "story breaking"

Aceştia sunt indivizi care menţin *constrictiv* şi nu conţin experienţa emoţională şi care rămân străini la sentimentele, motivaţiile vieţii lor interne. Cu alte cuvinte sunt văzuţi ca obsesivi, schizoizi sau narcisici.

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

5.2. Organizarea ataşamentului şi relaţia terapeutică

Travaliul terapeutic are loc într-o relaţie terapeutică, şi ca toate relaţiile importante e afectată într-o mai mare sau mai mică măsură de dinamica procesului de ataşament.

Pe de o parte organizarea ataşamentului şi istoria acestuia va avea *un* efect profund asupra sentimentelor pacientului cât şi asupra conştientului şi inconştientului terapeutului şi vor influenţa (odată aduse la cunoştinţa acestuia) sentimentele terapeutului despre răspunsurile adresate pacientului.

Din perspectiva ataşamentului, modelul unui tratament eficient angajează *capacitatea pacientului de a folosi terapia* iar din partea terapeutului de a-i "*securiza*" calea prin care să reflecteze asupra istoriei de viaţă împreună, apoi să ia ceea ce au avut ca înţelegere comună, împărtăşită şi să-i dea semnificaţie în viaţa de zi cu zi a pacientului pentru a-l ajuta să se transforme şi să se vindece.

Cu alte cuvinte tratamentul oferă pacientului posibilitatea de a-şi contempla viaţa, de a reexperimenta istoria vieţii într-un context securizant, sigur şi să se îndrepte spre vindecare împreună cu un *altul* disponibil emoţional şi senzitiv care "marchează" (Gergely & Watson 1996) şi prin aceasta dă noi semnificaţii şi croieşte un alt sens al evenimentelor şi relaţiilor pacientului cu sine însuşi şi cu alţii.

Dar măsura în care pacientul e disponibil să se angajeze el însuşi în tratament, să întâlnească terapeutul în sarcina unei înţelegeri mutuale e în mare măsură o funcţie a securităţii ataşamentului pacientului. Chiar când terapeutul oferă o "bază sigură" disponibilă emoţional, responsivă şi empatică, o companie necesară pacientului (Bowlby 1988) pacienţii al căror organizare a ataşamentului e nesigură par să răspundă pe aceleaşi căi defensive, aşa cum au făcut-o de-a lungul vieţii neacceptând reglarea afectelor nici operaţiunile securizante.

Dependenţa de terapeut nu trebuie văzută în mod necesar ca o manifestare a transferului. Revenirea la terapeut pentru ajutor, ghidare în momente de perturbare, confuzie emoţională derivă din "nevoia universală" umană de a se simţi protejat şi reconfortat (Cortina, 1997). Acest impuls poate fi văzut în terapie ca derivând dintr-un sens sănătos al faptului că poţi fi ajutat de cineva mai puternic şi mai viteaz" (Bowlby 1988; Farber, Lippert & Nevas 95) şi perceperea altora drept capabili de a oferi îngrijire şi reconfortare.

În orice caz indivizii cu istorii de ataşament nesigur cu procese grav distorsionate sau transformate fac apel la *expectanţe transferenţiale imediate* pe care terapeutul nu le va înţelege sau nu va putea fi disponibil şi care într-un anume sens vor viola siguranţa şi securitatea pacientului.

BCU "CAROL I" BUCUREŞTI LIBRARY

Se înțelege că emergența acestora se datorează organizării individuale a atașamentului persoanei respective. Tratamentul e apreciat de pacientul demisionar drept dificil și provocativ emoțional și este extrem de dificil de a menține relația în termeni terapeutici. Dificultățile în aceste relații sunt minimalizate chiar când devin evidente în circumstanțele de viață care au cauzat pacientului distanța și durerea.

"Poate fi creată aparența exterioară de prietenie și relaționare lină, securizantă și cu cel mai mic indice de teamă. Dar binele aparent al adaptării e superficial iar "primăvara dragostei e înghețată și independența e falsă. (Bowlby 1960; Sable 1983, p. 378).

Din experiența lui Mary Dozie cu pacienții *indiferenți (demisionari)* se pare că aceștia sunt extrem de rezistenți la tratament. În contextul terapiei neagă nevoia de ajutor și protecție pentru ei înșiși datorită posibilității ca persoana de îngrijiri să fie indisponibilă. Adesea refuză tratamentul sau se retrag când e oferit; deși *sunt* confruntați cu problemele emoționale încearcă să distragă atenția clinicianului de la aceasta.

Într-un fel devin dezorganizați în discutarea problemelor emoționale, ceea ce Dozier și Slade (1997) au resimțit corespunde în totalitate cu experiența personală ca terapeut.

Am găsit că aceste persoane, rejectă ideea de ajutor, sunt încăpățânați în a recunoaște faptul că sunt aduse în discuție părerile sau temerile lor și par să considere eforturile mele de a experimenta imaginativ sentimentele lor drept intrusive sau extrem de emoționale.

Rareori conștientizează efectele sau tristețea separărilor și evidențiază dependența lor de mine. Adesea, uneori după o rezonabilă trecere a timpului acești pacienți devin capabili de a conștientiza sentimentele de pierdere, tristețe, nevoie și rejectare și adesea asemenea relevații sunt urmate de perioade de plutire "alături" sau negare. Izbucnirile emoționale sunt scurte, intense și conținute și eforturile de minimalizare devin repede aparente.

Adulții *preocupați* în relația de atașament aduc alte provocări în procesul terapeutic, în formarea și menținerea alianței terapeutice.

Ei minimalizează exprimarea nevoilor de atașament și sentimente pentru a-și asigura persoana de îngrijiri de disponibilitate (Casidy 1994). Ei "se prezintă pe ei înșiși în tratament ca dependenți, cu mari nevoi, și cer mult de la figurile lor de atașament" Dozier . Ei își cheamă la telefon terapeutul pentru a cere întâlniri în plus, suport și sfaturi și transformă relația terapeutică într-o relație din reminiscențele relației părinte-copil.

BCU IAȘI - CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Acest mod de a relaţiona cu terapeutul nu are sensul transferului clasic ci este manifestarea modalităţii primare de a relaţiona a pacientului (nevoia şi tristeţea sunt funcţiile care prezumtiv vor ţine terapeutul angajat). Ceea ce îl face să experimenteze este faptul că terapeutul nu e suficient de disponibil şi nici de ajutor. Aceasta poate conduce la un nivel înalt de ostilitate îndreptată împotriva terapeutului (mânia şi haosul) ca tip de relaţie primară care e trezită în procesul transferenţial.

Gunderson (1996) notează că aceşti pacienţi nu pot tolera singurătatea iar intervenţiile terapeutice cer tehnici specifice pentru a face faţă transferului şi manifestărilor de contratransfer.

Din descrierile de mai sus rezultă că pacienţii demisionari şi preocupaţi pot răspunde procesului terapeutic într-un anume sens.

Dar ce sentimente evocă în terapeut?

Clar, dat fiind faptul că funcţia de ataşament este de a evoca sentimente aceasta va funcţiona pentru terapeut în sensul contratransferului.

Închişi pentru totdeauna în reprezentările lor rigide pacienţii demisionari îşi limitează terapeutul aşa cum au fost ei limitaţi de către figurile lor de ataşament. În faţa impermeabilităţii povestirilor pacientului terapeutul experimentează el însuşi faptul de a fi prins, baricadat în acelaşi peisaj ca al pacientului; numai că în acest timp el poate experimenta ceea ce acesta nu poate: lipsa speranţei de schimbare şi atingere a intimităţii.

Pe măsură ce e lăsat să simtă ceea ce pacientul a simţit odată copil fiind ajunge la mânie, în necunoaştere şi inepţie.

Cum sublinia Dozier (1990) aceşti pacienţi reuşesc să-şi îndepărteze clinicianul şi prin aceasta să piardă ajutorul de care au nevoie. Contratransferul poate fi puternic şi adesea terapeutul se poate simţi intrusiv, melodramatic, neajutorat, ridicol şi exclus.

Astfel de pacienţi pot fi rejectaţi şi pot uşor să rănească. Inconştientul terapeutului răspunde la reject prin "intrarea" care aduce lucrurile în sfera atenţiei pacientului şi eşuează în a răspunde problemelor transferului.

Acestea sunt exemple vivide în care terapeutul neavizat colează la inabilitatea pacientului de a face faţă exigenţelor emoţionale ale vieţii sale. În mod sadic sunt posibile reacţii de contratransfer cu astfel de pacienţi în încercarea de a-i forţa să conştientizeze sentimentele care îi tulbură.

Această reacţie, ca şi cea de retragere îşi au originea în frustrarea pe care o încearcă terapeutul blocat în intenţii şi în proiecţia mâniei şi sentimentelor nemetabolizate ale pacientului asupra terapeutului.

BCU "ASCENTRALA UNIVERSITY LIBRARY

Sentimentele încercate de terapeut cu cele 2 tipuri de pacienți sunt complet diferite, la fel și modalitățile de lucru.

Încercând să-l pună pe terapeut în situația de a se simți confuz și a-i diminua sensul de *sine* și a-l aduce în situația de a avea el grijă de acesta (rol reverse) terapeutul poate să simtă tot ce a simțit acesta copil fiind: confuzie, mânie, neajutorare, distorsionare. Acest transfer poate fi extrem de puternic încât să-l determine pe terapeutul care le-a simțit să încerce să organizeze, să structureze pacientul. Ca efect terapeutul se poate regăsi în situația de a *crea* o poveste pentru pacient. Acest efort adesea nu e de ajutor pentru că poate crește în pacient sentimentele de haos și confuzie.

Progresele în travaliul terapeutic nu rezidă în interpretări și cuvinte ci în disponibilitatea pe termen lung pentru a fragmenta haosul. Asemenea flexibilitate și disponibilitate emoțională oferă structura care poate conduce la consolidare internă și o speranță născândă pentru schimbare.

Dozier (1990) ca și Fonagy (1996) au notat că cei demisionari pot mai curând să fie compleanți la psihoterapie iar Horowitz, Rosenberg și Bartolomew (1996) sugerează că în nici un caz psihoterapia de scurtă durată nu ameliorează, ci sugerează psihoterapie psihodinamică, terapie cognitivă și farmacoterapia.

Pentru pacienții preocupați capacitatea de a *reflecta* asupra emoțiilor în sine și alții, de a *răspunde* acestora e absentă.

Această descoperire arată că ei nu înregistrează nici un fel de îmbunătățire în psihoterapie.

Bowlby (1988) vede disponibilitatea emoțională a terapeutului ca pe ceva central în vindecarea prin psihoterapie pentru că numai când terapeutul se comportă senzitiv empatic (sigur) pacientul poate separa proiecțiile din copilărie de experiența reală în psihoterapie. Pentru unii pacienți neutralitatea atinge experiența de reject, neglijare sau abandon; așa cum pentru alți pacienți angajarea intensă a terapeutului și intrusivitatea ating temerile de a fi sufocați sau angajează dependența pacientului.

Terapia în sine se referă la pierderi, separări, reuniuni și evenimente în viața pacientului și procesul terapeutic are în mod intrinsec separări și reuniuni.

Întâlnirile și despărțirile au semnificație pentru pacient ca și pentru terapeut. În mod similar situația de *a te îngriji* de celălalt e evocatoare pentru nevoia de a se simți *îngrijit* evocată de terapeut. Iar dacă terapeutul însuși a suferit o pierdere precoce sau abandon în experiențele precoce pe care le-a reconciliat, diferiți pacienți pot declanșa în el drama propriului atașament în diferite moduri.

BCU IAȘI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Pentru aceşti pacienţi aspectele de ataşament şi intimitate sunt minimalizate şi demisionate şi în ultimă instanţă departe de a fi atinse. Ei se pot simţi trişti, singuri, mânioşi sau puteau să se simtă astfel în copilărie dar răspunsul lor e de obicei "poate dar nu sunt acum" sau vorbesc la persoana a II-a. "Te poţi simţi frustrat sau mânios când ai de a face cu copilul". Acest tip de răspunsuri sunt considerate tipice de Mary Main pentru tipul Demisionar (dezangajat).

Din perspectiva terapeutică, în acest caz trebuie pus în situaţia de a experimenta amintirile afective. Aceste căi sunt adesea blocate de ceea ce Holmes numeşte "nodal memories" amintiri rigide, versiuni inflexibile care trebuie "prelucrate... despachetate... şi apoi reasamblate dintr-o nouă perspectivă".

Sunt mai multe blocuri importante de pus până la a întâlni pacientul în durerea şi confuzia sa, pentru că aderenţa la istoriile rigide reprezintă o cale spre negare sau uitare realizată deja.

Prin contrast cei *Preocupaţi* care pot apărea drept isterici sau border line ca personalităţi adesea par a fi depăşiţi şi sunt turmentaţi de sentimente iar tratamentul constă în a-i face să-şi conţină şi să-şi organizeze astfel sentimentele.

Holmes afirmă că una din căi ar fi "capturarea confuziei şi estomparea sentimentelor care invadează şi depăşesc pacientul".

Absenţa structurilor care să conţină abundenţa emoţiilor e tipică pentru aceşti pacienţi preocupaţi. Uneori dezvoltarea unei structuri internalizate reale pare virtual imposibilă. Aşteptările terapeutice de a-şi organiza experienţele par să se evaporeze imediat şi sunt înlocuite cu afectele care invadează scena.

Înţelegerea lor generală a relaţiilor pare superficială şi suprapusă şi nu pe deplin în relaţie cu o consolidare internă (Main 1995). Abordarea terapeutică în loc să conducă, să netezească o cale spre o structură reală, ia haloul unui sentiment de neintegrat.

În timpul întâlnirilor terapeutice pacienţii sunt "conduşi" de sentimentul că sar de la o problemă la alta fără nici o focalizare către scopul intern. Cu aceşti pacienţi Fonagy şi colegii (1996) au înregistrat cele mai puţine succese.

Munca cu pacienţii având procese de doliu sau traume nerezolvate pun alte probleme legate de *absenţa* rezoluţiei care a dus la distorsionare profundă şi disociere. Aici găsim durere stocată şi recreată în legătură cu ce s-ar fi putu întâmpla. A lucra cu aceşti pacienţi angajează în acelaşi timp mecanisme în care se simt descoperiţi şi trebuie să facă faţă terorii şi unei viitoare disociaţii a pacientului (Liotti 1993, 1995).

Din perspectiva ataşamentului faptul de a fi pregătit pentru a avea grijă de pacient e normal pentru terapeut aşa cum e normal pentru pacient să vină la acesta pentru îngrijiri; acesta pare un corolar al *sistemului parental de îngrijiri* (Bowlby 1980; Solomon & George 1996).

"Îngrijirea" în context terapeutic poate fi definită într-o miriadă de modalităţi (a oferi bază sigură, a se reflecta şi a intra în experienţa pacientului etc.) în orice caz aceasta implică o corectare emoţională care curge de la terapeut la pacient şi invers. Aceste sentimente creează o atmosferă de siguranţă şi conexiune. Sentimentele terapeutului de conectare cu pacientul ca şi capacitatea de a avea grijă de pacient pot contribui la capacitatea empatică şi la succes terapeutic şi pot fi bine înţelese în lumina procesului de ataşament. În terapeutul nesigur predilecţia de a îngriji îl face vulnerabil la distorsiuni şi contratransfer.

Ataşamentul şi procesele de ataşament cuprinse în aceasta reprezintă un aspect foarte important al funcţionării umane fără a defini un individ în toată complexitatea sa. Înţelegerea proceselor bogat descrise de Bowlby, Ainsworth şi Main cât şi de alţi teoreticieni şi cercetători aduc lumină în demersul gândirii clinice fără a fi exhaustiv.

Sub presiunea administrării unor tratamente scurte, centrate pe problematică şi cu un demonstrabil cost-efectiv din punctul de vedere al teoriei ataşamentului nu pot fi gândite ca rezultante ale lucrului cu modelele de reprezentare internă şi nici în schimbarea calităţii reprezentărilor ataşamentului. Ea nu permite nici dezvoltarea unui ataşament curativ între pacient şi terapeut. Având în vedere faptul că problematică se referă la "making and breaking affectional bonds" (Bowlby 1979) iar că acestea sunt construite de o viaţă uneori a le schimba ia tot atâta timp.

Se pun mai multe probleme legate de pregătirea generaţiilor viitoare de terapeuţi:

Cum îi vom sensibiliza spre a-şi pune întrebări prin prisma teoriei ataşamentului?

Cum îi vom determina să-şi analizeze propriile istorii de viaţă, ştiind că este critic pentru o bună activitate clinică? Şi cum îi vom superviza în înţelegerea, ascultarea şi procesele declanşate în dinamica şi organizarea afectelor de ataşament?

Ce este sigur este faptul că dobândind o gândire developmentală putem face prevenţia unor astfel de tulburări în populaţia cu risc utilizând tehnici specifice, adaptând mediul şi ajutând în schimbarea atitudinii faţă de copil.

Referitor la acest subiect, al efectelor tardive ale imposibilității copilului de a se atașa de o persoană constantă și de nerecunoașterea de către adulți a nevoii de a se atașa a copilului, a proiecțiilor defensive și al practicilor de creștere a copiilor am întreprins de-a lungul anilor investigații în care am luat ca evaluatori "externi" ai procesului studenți în ani terminali și absolvenți ai facultăților de medicină, psihologie, asistență socială, cărora le-am propus să verifice validitatea unor aprecieri din instrumentele de evaluare a copilului, clasice combinate cu cele moderne pe loturi de copii din leagăne, case de copii, creșe săptămânale și grădinițele comunității unde ei își desfășurau studiile și/sau locuiau.

Faptul s-a dovedit de-a lungul anilor extrem de interesant, și a pus probleme de dinamică și reorientare însăși a evaluatorilor prin raport cu ei înșiși și cu instituțiile pe care le studiau, demn de analizat și de menținut în atenție în viitor pentru concluzii mai ample.

La început, în fața nerecunoașterii de către specialiștii pedopsihiatrii atitudinea personală a fost de a discuta în întâlniri naționale de specialitate, în anii '86-'89, informațiile anilor '56-'66 ca ultime informații accesibile în acel timp ca baze pentru introducerea unor criterii de diagnostic al tulburărilor observate la copil. Tulburările de atașament, cel puțin în termenii oferiți de tratatul lui Kaplan din 1983, aduceau o nouă perspectivă în considerarea sănătății mintale a copilului. Rezistențele s-au întâlnit în primul rând aici în lumea medicală și aceasta tot printr-un mecanism de defensivă personală și profesională. Ce altă soluție *practică* putea fi găsită în fața debordantei misiuni de a catapulta copilul dintr-o instituție în alta într-o situație în care însuși evaluatorul trăia condiția deprivării de informații profesionale și al sărăciei generale și a gândiri impuse (!!!).

Soluții medicale la probleme sociale ne-au condus la a face apel la mentori și literatura clasică drept ai proceselor de explorare în care ne aflam, aceasta a fost cheia unor atașamente profesionale cu specialiști și din alte domenii și care au constituit o *bază sigură* de explorare "în comun" în care ne-am putut forma certitudinile diagnostico-terapeutice și de cercetare.

Problemele atât de complexe de deprivare (de stimuli, de expectanțe, de mediu, de suport material și suport social) în condițiile ruperii legăturilor firești tradiționale și ale unei desolidarizări generale pornite dintr-o neîncredere cultivată sistematic și adânc înrădăcinată ridicau probleme nu de diagnostic, evaluare și tratament care ar fi psihiatrizat în mod înspăimântător ci de abordare *conceptuală* și preventivă de tip cercetare-acțiune, care să ofere cercetătorului siguranța nu numai a unei monitorizări corecte, multiple (din perspective profesionale diferite) dar cât și posibilitatea unei intervenții concrete cu o angajare personală.

5.3. Alte forme de terapie citate în literatură

5.3.1. Terapia spirituală

Educaţia religioasă presupune trecerea dincolo de cuvinte cu tendinţa de a face experienţa religioasă. Mesajul spiritual e încărcat emoţional şi atunci când e experimentat are o amprentă de neuitat asupra sufletului uman. Când terapia spirituală e eficientă persoana *"se ataşează de Dumnezeu"*. Ea nu este tipic creştină. În Japonia *terapia Naikon e modelată de vechiul Budism.* (Preoţii budişti retraşi în peşteri au perioade lungi de meditaţii şi autodisciplină severă şi dedicaţie divinităţii până când experimentează Satori - adică iluminarea).

În terapia Naikon i se cere pacientului să stea singur şi să reflecteze asupra trecutului său de la ora 5 dimineaţa la 21 seara în fiecare zi (cu pauze de masă şi toaletă). Terapeutul vine să asculte confesiunile şi să dea sarcini de rezolvat în jurul a 3 teme: ce a fost primit de la alţii, ce a fost dat înapoi şi ce probleme le-a făcut celorlalţi.

Naikon obligă pacientul să se judece singur ca un avocat şi să-şi stăpânească "erorile". Această tehnică este asemănătoare celei catolice sau ortodoxe de post urmat de confesiune şi "împărtăşanie".

După zile de reflecţii pacientul izbucneşte în plâns, când realizează gradul de egoism. Atunci când i se dă sarcina să-şi amendeze trecutul pentru ca acţiunile viitoare să poată fi pozitive, el a trecut deja de faza ruperii barierelor şi asumării trecutului într-o manieră diferită şi devine capabil să-şi ofere şi altora experienţa în grup terapeutic.

Pentru că e o terapie de dorit pentru persoanele încarcerate, e folosită în închisorile Japoneze şi în centrele de delicvenţă juvenilă (Rainolds 1981). Dr. Stanton Samenow (autor al cărţii "Inside the Criminal Mind") abordează psihopaţii utilizând înregistrări pe benzi audio, notiţe pentru a reajusta gândirea greşită şi a promova moralitatea. Mesajul moral este transmis în timp ce au loc în contextul unui control zilnic acţiuni care să-i permită punerea în practică a unor mici experienţe cu rezultate imediate, în care într-un fel să reexperimenteze "a fi cu celălalt" şi în controlul situaţiei.

5.3.2. Experimentarea în condiții extreme

Descrisă de William A. Reid în cartea "Demascarea psihopatului", și practicată la Centrul Montan Santa Fe, New Mexico terapia presupune oferirea pentru tinerii adolescenți cu comportament marcat distorsionat antisocial, șansa de a se "măsura", de a *se testa împotriva* elementelor dintr-un *mediu complet necunoscut*, de a învăța despre sentimentele înnăscute, temeri reînnoite în *situații de stres montan.*

De obicei 2 terapeuți însoțesc grupul format din 8 copii, în locuri sălbatice. Grupul și "sfătuitorii" care-i însoțesc stau 24 ore pe zi împreună timp de 7 zile pe săptămână pe o perioadă de 3 săptămâni.

Provocările naturale sunt riguroase, dar făcute să depășească forțele copiilor, alese spre a-i ajuta să-și formeze îndemânări în cățărarea pe stânci, canoe, explorare în peșteră, mersul prin cascadă și apă de munte. Experiențele au o "coregrafie" pe care prin autodisciplinare tinerii trebuie să o respecte în acțiuni în care se cere încredere și grijă pentru celălalt și responsabilizare. Când copilul "uită" să-l pună la adăpost pe celălalt suferă consecința naturală de a dormi afară. Astfel se speră că acești adolescenți vor învăța că nu poți înșela legile naturii mamă.

În locul controlat dar între bare metalice sau între zidurile spitalului se oferă un loc unde să-ți structurezi existența să te adaptezi la stres protejând și având încredere în percepția celuilalt ca fiind protectiv.

Combinația terapeutică pentru cazurile necesitând protecție "intramuros" se referă la *terapie individuală și de grup, terapie familială, terapie comportamentală și ergoterapie, cognitivă* și *psihodinamică și terapie medicamentoasă.*

Robert Zaslov, la Universitatea din San Jose (S. U. A.) lucrând cu copiii autiști și patternurile lor solitare sau bizare lansează ipoteza că în cazul în care nu se pot evidenția cauze organice clare în tulburările mentale e posibil să existe în antecedente perturbări în ciclul stabilirii atașamentului.

5.3.3. Terapia de reducere a furiei (Z. Therapy)

Procesul de reatașare pe care l-a numit "Z. Therapy" sau Reducerea furiei ("Rage Reduction") presupune forțarea pacientului spre a completa ciclul atașamentului.

Ideea confruntării față în față și "holdingului" (conținerii, ținerii strâns îmbrățișat - și în același timp de a controla) pentru a-i ajuta să depășească bariera și să ajungă la rezolvare și pace în cealaltă parte, pentru copiii *neatașați.*

BCU CLUJ CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Se afirmă că această tehnică distruge rezistenţele interioare şi permite atingerea emoţiilor ascunse. Odată eliberate acestea, copilul poate să se ataşeze de alte fiinţe umane într-un comportament comprehensibil.

În Cleveland, am asistat personal dintr-o cameră alăturată printr-un geam cu oglindă de cealaltă parte ("one way miror") la o astfel de terapie Z.

Două persoane având perne pe genunchi, copilul care este strâns între genunchi cu capul fixat în proba "terapeutului" care-l provoacă verbal, îl gâdilă iritant şi-l determină să reacţioneze furios, cu ură în timp ce el este ţinut strâns indiferent de reacţiile de furie, plâns, ţipete furibunde, zbierete etc. ale copilului. Şedinţa la care am asistat a fost de 3 ore dar se pare că poate dura şi 8 ore.

Discuţia se poartă între terapeut şi copil aspru :"cine e şeful?", cine stăpâneşte situaţia, iar copilul negativist deşi e ţinut de 2 sau 4 oameni comandaţi de terapeut, afirmă că el este în control.

Disputa "şeful" bun şi "şeful" rău, înseamnă de fapt că bun ar fi cel care ţine sub control starea de furie şi agresivitatea debordantă provocată.

Uneori în cazuri extreme când copilul nu-i vorbeşte suficient de tare sau nu dă răspunsul corect este ţinut peste picioare până când primeşte răspunsul corect, i se cere răspunsul faţă în faţă şi i se cere să exprime pe faţă şi în limbaj corporal, furie.

De fapt prin controlul forţei i se cere pacientului capitularea şi acceptarea încrederii şi controlului ceea ce teoretic nu mi s-a părut greu de înţeles, iar "şedinţa" de-a dreptul sadică şi nici îmbrăţişarea finală a mamei nu m-au convins. Nu avea nimic din procesul de ataşament, nici din ideea îmbrăţişărilor securizante ci din procesul maltratării şi folosirii psihologiei victimei.

Nici situaţia diagnostică nu mi s-a părut clară. Era cazul unei fetiţe de 10 ani căreia îi muriseră ambii părinţi într-un accident de avion iar persoana desemnată de aceştia înaintea morţii de a-i fi tutore o adoptaseră să-i obţină averea.... din care cheltuiau pentru terapia ei "de copil neataşat". Fetiţa nu putea integra pierderea bruscă şi deci o descărca furios în timp ce mama adoptivă avea nevoie de manifestări tandre, am fost clar de părere că într-o astfel de situaţie nu mi se pare nici metoda nici indicaţia bine aleasă şi-am comunicat-o terapeutului. În S. U. A. se pare că există un grup destul de restrâns de *practicanţi* de acest gen de abordare a copiilor furibunzi şi mi s-a părut normal că Zaslow şi-a pierdut licenţa de psihologie în 1972 pentru California.

Se pare că între sesiuni se dau sarcini părinților și copilului de tipul "nu te joci cu chibriturile". Apoi i se cere să se simtă mai apropiat de membrii "grupului" care l-au contenționat și după ce într-o săptămână copilul nu mai "are nevoie" de restricție sau stimulare se concentrează asupra problemelor și discută ținut în brațe aspectele sănătoase ale unei gândiri autonome.

După opinia personală această practică este de fapt un abuz în situația inegală de medic - pacient, adulți - copii.

5.3.4. Atingerea senzitivă

Mult mai justificată mi s-a părut tehnica modificată, în care utilizând "atingerea senzitivă" se reduc rezistențele copilului acționând ca o figură de atașament. Astfel îl ajuți să-și structureze comunicarea, să se restructureze și verbal și fizic asigurându-l de suport până când supărarea va trece și o să reușim să lucrăm ceva împreună ca să ajungem la un rezultat (Plăcerea împărtășită). Jocul sau procurarea zâmbetului care reduce tensiunea în viziunea lui Allan (1986) uneori depinde de vârsta copilului — manifestări spontane, corporale sunt apreciate ca permise și utile pentru descărcări motorii într-un loc sigur.

Prin desene, analiza problemelor din ele și verbalizări, reformulări apoi ale trecutului copilului prin tehnica co-constructivă, acesta e determinat de a formula situația clar din punct de vedere lingvistic. Terapeutul devenit figură de atașament îl ajută pe copil să identifice, să înțeleagă și să exprime sentimente profunde pe care să le mânuiască apoi să construiască cu părinții proiecte de viitor (după ce le-a transferat stilul interacțiunii în sensul înțelegerii copilului.

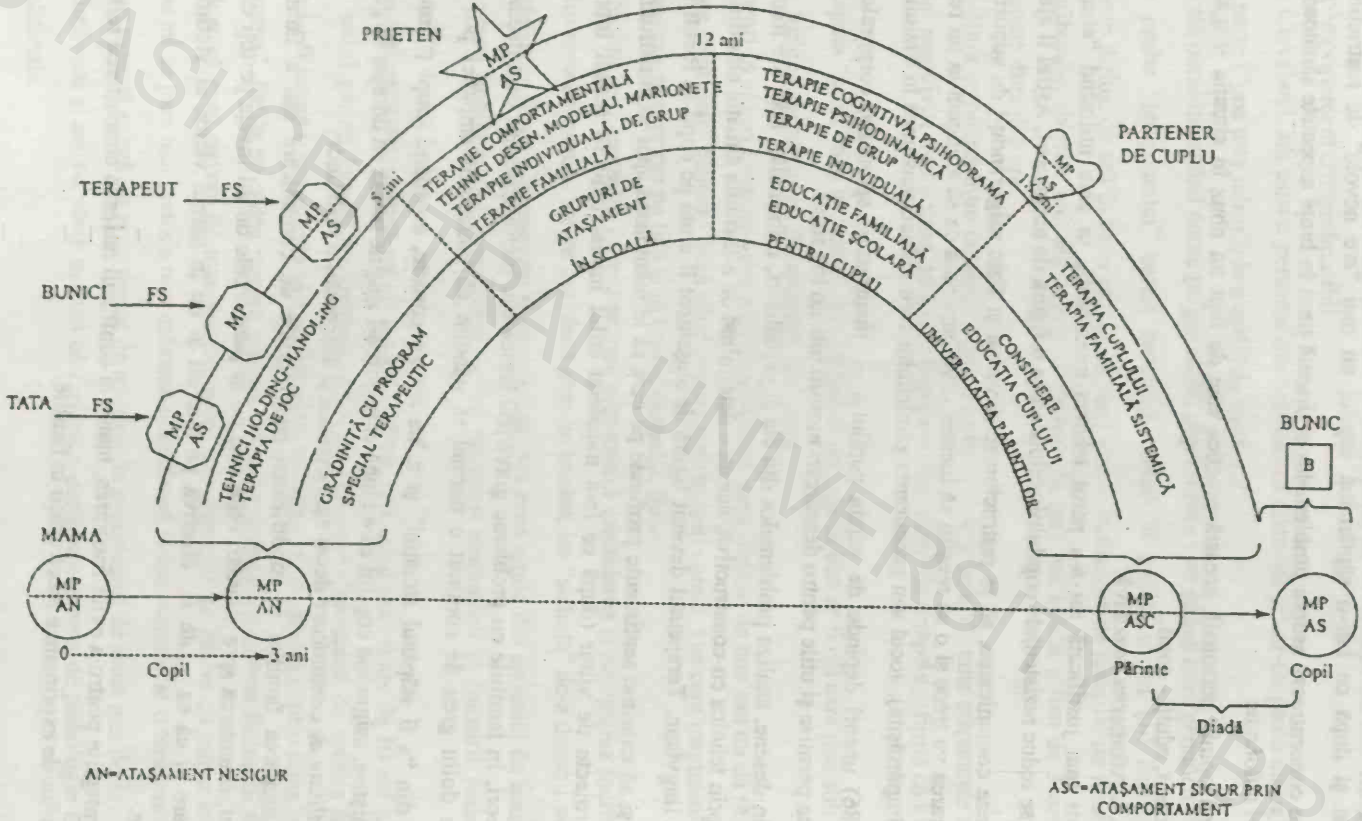
Uneori, în familiile cu probleme grave/psihiatrice sau pierderi/decese care declanșează reacții de doliu greu de conținut e normal să gândim că educatorii empatici pot utiliza elemente din "a fi stăpânul situației" și a lua decizii corecte, acordând timpi ("time out") pentru liniștire, asigurând copilul că e lângă el pentru a-l susține în caz că dorește să găsească altă *modalitate de comunicare* decât agresivitatea și descărcările furibunde.

Angajarea familiei în modificarea patternurilor de comunicare sau a familiei de plasament, orientarea spre abordări relaxante mi se pare o cale de a-i învăța pe toți că există comunicare și că ea poate fi efectivă pe alte căi și nu în cercul vicios al victimizărilor succesive.

Strategiile pentru a evita frustrarea, mânia și conflictul necesită cunoașterea relațiilor și patternurilor de exprimare a afectivității în familie.

BCU "ASIGNARALUCA" UNIVERSITY LIBRARY

POSIBILITĂȚI DE INTERVENȚIE PENTRU CORECTAREA ATAȘAMENTULUI NESIGUR



BCU IAȘI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

5.3.5. Tehnica double - bind

Este o tehnică pentru familiile având copii neataşaţi în care copilul e confruntat cu un răspuns corect despre faptul că, de exemplu are scăpări sfincteriene când se opune părinţilor şi se teme în acelaşi timp de consecinţe în faţa părinţilor şi terapeutului.

Milton Erickson introduce o criză care să aducă schimbarea.

Tehnica *Restructurarea ierarhiei şi a poziţiilor de putere în familie*: Cloe Madanes şi Jay Haley introduc ideea că dacă copilul s-ar purta normal ar pierde puterea pe care i-o dau "ieşirile" în faţa părinţilor.

Acţiunile greşit direcţionate se focalizează pe temerile părinţilor asupra copilului mai mult decât înspre problemele lor personale, sociale sau economice şi dilemele legate de acestea.

Concentrarea asupra conştientizării corporale cunoscută sub numele de "terapie integrală" a fost promovată de unul din studenţii lui Richard Shane care utilizează respiraţia şi limbajul corporal ca indicativ al condiţiei corporale.

5.3.6. Comunitatea terapeutică

Evaluarea neurologică şi psihologică la copilul mic, având în vedere necesitatea măsurării comportamentelor observabile utilizează *înregistrarea video*, *autoexaminarea părinţilor*, activităţi de grup pentru încurajarea cooperării art-terapie pentru explorarea sentimentelor şi gândurilor (Potss 1986)

În 1947 Dr. Maxwell Jones lansa conceptul numit "therapeutic community". "Partea cea mai înspăimântătoare a eredităţii şi mediului este că părinţii le oferă pe amândouă" (Walt Schreibman).

Niciodată în istoria omenirii creşterea copiilor n-a fost o provocare mai mare decât în societatea fragmentată de azi cu părinţi divorţaţi, lucrând sau în migrare în căutare de lucru, când familiile se multiplică sau se divid şi singura constantă e *schimbarea* cu conotaţia de *stres*. În aceste condiţii "administrarea" de dragoste şi disciplină copiilor de care nu te-ai ataşat devine o problemă pe care unii o transferă altor "părinţi" - şcoala şi poliţia.

Dr. Tiffany Field, expert din Miami sesiza în Psychology Today (1987): "Anxietatea în timpul sarcinii a fost legată nu numai de hiperactivitatea şi iritabilitatea nou născutului, dar şi de anomaliile cranio-faciale, cum ar fi "gura de lup" şi "buza de iepure".

Faptul că după 30 minute de la naştere nou născutul reacţionează la vocea mamei, că poate focaliza după 4 ore figura umană de la 15 cm (distanţa de hrănire la sân) promovează facilitarea nevoii de ataşament înnăscute între un contact, "faţă în faţă".

BCU IAŞI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

În plus arată studiile lui A. J. De Casper şi W. P. Fifer încă din 1980 sugarii sunt activi în a-şi manifesta preferinţa pentru reproducerea vocii mamei.

Prin procesul de ataşament energiile sugarului se canalizează, se reglează şi sunt transformate într-un proces de creştere sănătoasă.

Copilul începe procesul socializării având sensul întipărit de bunăstare şi încredere în sine. Odată cu socializarea începe şi formarea conştiinţei.

Formarea unor legături slabe sau inconsistente sau chiar ruperea relaţiilor şi deteriorarea sistemului de ataşament conduc la *descărcări* neregulate ale *energiilor* copilului neîncredere şi insecuritate. Se pare că aici se află germenii tulburărilor de personalitate găsite mai târziu.

Aşa cum a ţinti nu înseamnă a şi ochi sau a folosi arma tot aşa şi decelarea unor simptome de neataşare în mica copilărie nu înseamnă în mod automat psihopatie sau marginalitate în privinţa bolii psihice.

Factorii de risc însă ar fi:

1. Istoric (genetic) de familie de psihopaţi anetopaţi.
2. Traume prenatale - mame în stres extrem, dependenţă de droguri.
3. Părinte cu tulburări emoţionale grave.
4. Prematuritatea/greutatea mică la naştere.
5. Naştere traumatică şi complicaţiile din timpul naşterii.
6. Separarea la naştere sau imediat în primele luni de persoana discriminată de îngrijiri.
7. Întreruperi în consistenţa şi continuitatea îngrijirilor (divorţ) îngrijiri în creşe săptămânale, abuzul şi neglijarea în familie sau instituţii.

E important de reamintit că ataşamentul puternic şi legăturile puternice stabileşte în relaţii şi sistemul de ataşament presupune un joc interactiv în sens pozitiv care se desfăşoară între persoana de îngrijiri şi sugar şi care uneori începe înainte de naştere între părinţi şi copii şi tot ce împiedică această relaţie, ţinând de unul din parteneri (copil sau adult) sau de mediu au un rol în tulburările de mai târziu.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Foto 1. Adultul *„figura paternă"* într-o *atitudine securizantă* „conține" copilul, acoperindu-l *protector* și lăsându-i acestuia timpul *să-și „conțină" la rândul său anxietățile,* care-l inundă în fața noii situații. Ecoul corporal perceput, în *acordaj afectiv* conduce la calm și stare de bine resimțită reciproc, în diadă.

Foto 2. *Adultul, disponibil* în timpul hrăniri, *îl acompaniază* pe copil în *explorarea plăcerilor gastronomice împărtășite.* Cu simț al umorului, adultul „se lasă hrănit", acceptă jocul cu lingurița și poziția *copilului devenit inițiator* și conducător și impune ritmul la final.

Foto 3. Pe covor, la același nivel cu copilul, adultul devenit „figură constantă de atașament" *servește drept referință* acestuia în identificarea situațiilor noi din nișa de habitat. „Citind" *surpriza* pe fața copilului, adultul o oglindește *decodând-o mimic și postural.* Figura adultului prezintă în feed-back (ca pe un ecran de monitor) expresia percepută dar în același timp îl ține în poală, *îl susține* de umeri și se depărtează postural cu trunchiul spre *a lăsa copilului spațiul și timpul* pentru metabolizarea emoției în timp ce e *înțeles, respectat* în nevoia de *a-și stăpâni* teama de „nou" și integrare cu răspuns adecvat, exprimată prin menținerea policelui în gură.

Foto 4. Tonalitățile *tandre* ale acordajului afectiv, înglobează momentele de *bucurie împărtășită* ale diadei. *Obiectul tranzițional* (ursulețul) va acompania fizic copilul atunci când *„figura primară de atașament"* nu poate fi prezentă, accesibilă emoțional sau disponibilă pentru copil.

Foto 5. *Simțul umorului demonstrat de copil*, e perceput gratificant de către adult în interacțiuni în care *procesarea expresiilor faciale e concordantă și coerentă* la ambii parteneri ai *jocului social. „A pretinde că" / „să zicem că"* în joacă permite copilului *asumarea rolului de inițiator al acțiunilor.*

Foto 6. Copilul descoperă și apreciază *„figura celuilalt", „decodând"* starea sugarului aflat într-un moment de *relaxare după joacă și contemplare liniștită* pe podeaua țarcului. Nevoia de *a explora prin atingere* (conform vârstei) e controlată de copil (care din curiozitate a escaladat țarcul) într-o atitudine *non intruzivă* de *expectanță, de gingășie a gestului, de distanță personală* acordată celui mai mic, care se transferă în *relație protectivă* exersată timpuriu și interiorizată ca valoare personală.

Foto 7. Aducerea unui sugar într-o *„familie supleantă"* din „Casa cu Ferestre Deschise", *pregătită* corect de adult, solicită exercițiul sistemului de *„scop stabilit în parteneriat și ajustat reciproc"* cu copilul mic. Secondați de adult în *„descoperirea"*

BCU IASI CENTRALA UNIVERSITARA LIBRARY

noului venit Mişu şi Andra, neliniştiţi *decodează empatic* starea acestuia de tensiune, *neliniște anxioasă* care-l determină să-şi menţină *tot pumnul în gură.*

Foto 8. Atmosfera de *ospitalitate* (interiorizată de ei, ca *„regula casei"*) permite ca Andrei, într-un *val de generozitate şi deschidere* să-i adreseze *zâmbetul de „bun venit"* pe care sugarul îl acceptă din primul minut deschizând pumnul şi realizând *contactul din priviri.*

Foto 9. Sugarul *separat precoce şi abandonat în instituţie,* adus într-un *mediu securizant în perioada propice* pentru intervenţia preventivă asupra *efectelor* deprivării pune în joc marile *competenţe individuale.* Având capul susţinut de palma puternică şi cotul sprijinit pe braţul unui bărbat, sugarul *preia* de pe faţa adultului, *procesează oglindind* emoţia acestuia şi o exprimă cu ochi luminoşi – *cu lumina care poate alunga tenebrele* şi instala *reziliența.*

Foto 10. Balansoarul – locul din casă unde *sugarul în braţele adultului se leagănă în acelaşi ritm,* când sunt relaxaţi, transmiţându-şi calmul şi disponibilitatea reciprocă – devine loc de *învăţare socială.* Copiii preiau posturi şi atitudini mimico-gestuale de tandreţe şi gingăşie, cu *mesaj securizant,* şi le exersează într-un parteneriat masculin la nivelul aceleiaşi vârste.

Foto 11. Finalul unei secvenţe de situaţii soluţionate după modele internalizate deja: Gabriel a venit să o sărute pe Adriana înainte de culcare (conform obiceiurilor casei) şi a fost refuzat „din cochetărie". Gaby a acceptat doar temporar refuzul, a mers la patul lui Florin şi l-a sărutat. Adriana, căreia i s-a acordat timp să înţeleagă situaţional ce doreşte Gaby şi-a depăşit momentul de incertitudine. Gaby se întoarce, escaladează pătuţul şi o sărută scurt pe obraz. Aceasta îl sărută la rândul ei pe celălalt obraz şi imediat după aceea ridică ambele braţe în semn de „suficient", aici e limita suportabilităţii mele. Gaby, *senzitiv,* care era pregătit cu o mână pe marginea patului de plecare, respectă limitele toleranţei emoţionale a celuilalt, a înţeles refuzul şi coboară împăcat că a convins, a acţionat, a respectat regulile casei şi a trăit o emoţie pozitivă împărtăşită. E un copil adaptat şi adaptabil, cu mare senzitivitate şi ataşament sigur pe care ştie cum să-l transmită în relaţiile cu cei de aceeaşi vârstă.

Foto 12. A fi în lume şi a fi cu celălalt. Stilul interacţional în relaţiile dintre adulţi şi parentalitatea îşi au originea în mica copilărie şi îşi pun amprenta de-a lungul ciclurilor vieţii având transmitere intergenerațională.

BCU "ASTRA" UNIVERSITY LIBRARY

Foto 1

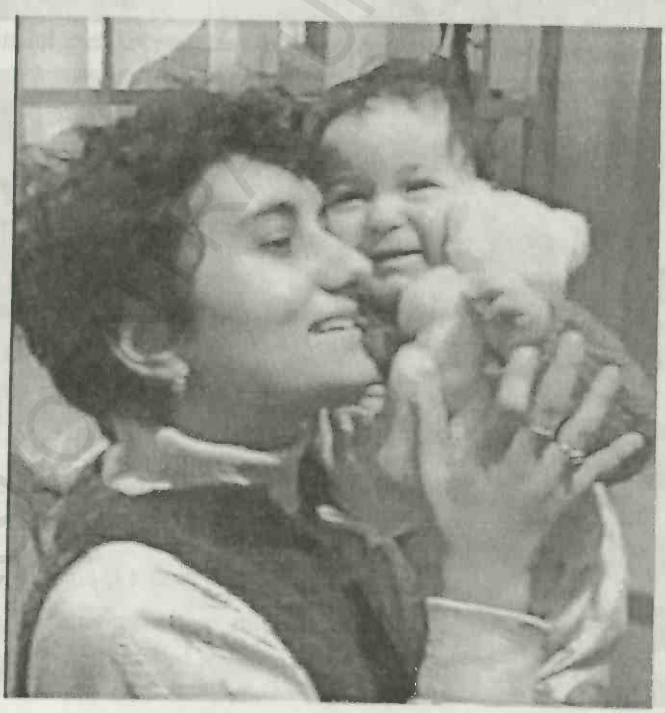
B.C.U. „M. EMINESCU" IAŞI

Foto 2

BCU IAŞI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Foto 3

Foto 4



BCU IAS LIBRARY

Foto 5

Foto 6

B.C.U. „M. EMINESCU" IAȘI

BCU IAȘI ȘTIINȚELE UNIVERSITARE LIBRARY

Foto 7

Foto 8

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Foto 9

B.C.U. "M. EMINESCU" IAŞI

Foto 10

BCU IAŞI / UNIVERSITY LIBRARY

Foto 11

Foto 12

BCU LAUSANNE UNIVERSITY LIBRARY

POSTFAŢA

Fiindcă nu toţi pot fi ca Eneas, întemeietorul de cetăţi, prinţi dezmoşteniţi prin urzeli criminale ca Hamlet, cuceritori de pământuri şi cetăţi noi ca Ulise, rătăcitorul spre Ithaca, toţi putem şi trebuie să făptuim în felul nostru binele. Uneori ne identificăm cu Don Quijote al lui Cervantes, ori cu prinţul Mişkin, „idiotul" lui Dostoievski, aventuri umane ale binelui pur la nivelul sublim de trăire şi cunoaştere, răul şi binele fiind doar două elemente contrarii care ating faza definitivă de „coincidentia oppositorum". „Cavalerul" încorporează prin esenţă dăruirea, slujirea semenilor săi, iar „prinţul", o nobleţe intimă individuală care nu implică pe nimeni

Graniţele dintre normal şi anormal fiind foarte instabile pe tărâmul inefabil al fiinţei omeneşti, ele oscilează în timp şi spaţiu, aşa încât pentru nimeni nu mai este bizar faptul că ceea ce a fost ieri normal, astăzi devine suspect, iar mâine, curată nebunie.

Întrebarea „Sunt precum par?" a aprins multe spirite şi a încercat multe condeie, dar noi o punem de această dată din prisma fiinţei abia apărute pe lume şi a imaginilor cu care ea se confruntă. O punem în speranţa că teoria şi implicaţiile practice, intervenţia asupra fragedelor făpturi poate fi în slujba omenirii (redusă la dimensiunea locală), dacă în acest parcurs şi discurs apar elemente care au fost etichetate drept „idealiste" şi acţiunile don quijoteşti.

E adevărat că o dreptate postumă nu mai valorează nimic pentru cei care au fost nedreptăţiţi, dar valorează enorm pentru cei care învaţă istoria. E tot atât de adevărat însă că pentru copiii victime ale serviciilor şi ignoranţei noastre, această mărturie „post festum" nu produce o mare diferenţă.

Aşa cum spunea Sadoveanu la intrarea sa în Academia Română, trebuie „cu recunoştinţă să mă întorc asupra umiliţilor şi ofensaţilor vieţii, acelora care s-au petrecut ca frunzele şi florile anotimpurilor şi care totuşi mi-au transmis depozitul sufletului lor spre a-l depune mărturie în faţa lumii nouă pentru nedreptatea imensă săvârşită asupra lor."

Pentru toate generaţiile de medici care au învăţat puericultura pe copii hospitalizaţi în „leagănele" anilor '70-'90, încă mai poate fi restaurat adevărul; de asemenea, perspectiva asupra secţiilor de „distrofici" se poate schimba.

Eforturi se fac din multe direcţii, mai ales în abordarea perspectivei familiilor în pericol de a-şi neglija, abuza emoţional sau maltrata copilul într-un lanţ al transmisiei intergeneraţionale. Ar fi necesar ca împreună să găsim atât sensurile negative, cât mai ales pe cele pozitive, care să ne motiveze o intervenţie precoce, cu aspect preventiv în context comunitar şi cultural nediscriminativ în domeniul sănătăţii mintale a copilului

De aici intenţia de a nu opri aici demersul livresc ci de a continua .

BCU

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BIBLIOGRAFIE

1. Achenbach, T.M., Edelbrock , C.S., (1979) – The *child behavior profile II: Boys aged 12-16 and girls aged 6-11 and 12-16*, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47, p.223-233
2. Adcock M., White R., (1985) – *Good- Enough Parenting.* A framework for assessment. British Agency for Adoption and Fostering, p. 115
3. Adler, A., (1996) – *Cunoasterea omului*, Ed. IRI, p.275
4. Adler J. (1978) – *L'adoption vecue*. Editions du seuil, p.249
5. Ainsworth, M., Boston, M., (1952) – *Psychodiagnostic Assessments of a Child after Prolonged Separation în Early Childhood*, Brit. J. Med. Psychol., 25, p.169-201
6. Ainsworth, M. (1962) – *The effects of maternal deprivation: A review of findings and controversy in the context research strategy.* In Deprivation of Maternal Care: A Reassessment of It's Effects. Public Health Papers No. 14, Geneva : World Health Organisation.
7. Ainsworth M. (1969) – *Object relations, dependency and attachment: A theretical review of infant-mother relantionship.* Child Development 40 : p. 969-1025.
8. Ainsworth M., Bel S.M., Stayton D. (1971) – *Individual differences in strange situation behavior of one-year olds.* In H. R. Shaffer (Ed.), The origins of Human Social Relations. P. 17-57. London: Academic Press.
9. Ainsworth M., Bell S. M. (1970) – *Attachment, exploration and separation : Ilustrated by the behavior of one-year olds in a strange situation.* Child Development 41: 49-67.
10. Ainsworth, M., McWaters E., Wall, S., (1978) – *Patterns of Attachemnt: Assessed în the Strange situation and at home*, Hillsdale, NY, Lawrence Erlbaum, 296 p.
11. Ainsworth M., Fichberg, C., (in press) – *Effects on infant mother attachement of mother's unresolved loss of an attachement figure or another traumatic experience*, în B.Marris, J.Stevenson Hinde, C.Parkes, NY
12. Ainsworth, M., Blehar M.C., Waters, E., Walls, S., (1978) – *Patterns of Attachment: A psychological study to strange situation*, Hillsdale NY, Lawrence Erlbaum
13. J. de Ajuriaguerra (1994) – *Revue de medecine psychosomatique* nr.37/38, mars-june, Bebe en famille, bebe a l'hopital, p.255
14. Allen K. Eileen, Hart B. (1984) - *"Theearlyyears". "Arragements for learning"*, Prentice Hall Inc.

BCU MASCHTRUL UNIVERSITY LIBRARY

15.Anderson-Brolin, Lillemar, Lorentzon B., Memmiri O., Michanek. E., Ndggala D. (1991-01) – *"The art of survival.* A study on sustainability în Health Projects" (SER 1991/3), "Promoting Sustainable Livelihoods-A report from the Task Force on Poverty Reduction" (Swedish International Developmant Cooperation Agency Stockholm, 1996 p. 151

16. Anderson-Brolin, Lillemar, Câtela M. E., Mendes Fernandes R., Liljeson Lars (1990-05) – "*Assistencia a Educacon num Contexto de Reforma*" Educ. Div. Doc. Nr. 49, "Promoting Sustainable Livelihoods-Areport from the Task Force on Poverty Reduction" (Swedish International Developmant Cooperation Agency Stockholm, 1996 p. 151

17. Anderson-Brolin, Lillemar et all (1987-03) – *Health Centers-in Needed of Treatment* (SER/1987/4), "Promoting Sustainable Livelihoods-Areport from the Task Force on Poverty Reduction" (Swedish International Developmant Cooperation Agency Stockholm, 1996 p. 151

18. Anderson C. W., Nagle R.J., Robert W.A., Smith J. W. (1981) – *Attachment to substitute caregivers as a function of center qualitz and caregiver involvement.* In Child Development, 52, p. 53-61.

19. Anthony, E.J., Koupernik, C., (1974) - *L'enfant dans să famille* vol II; L'enfant devant la maladies et la mort, paris Masson

20. Anthony, E.J., Chiland, C., Koupernik, C., (1982) - *L'enfant dans să famille – L'enfant vulnerable – Le fille rouge*, Presses Universitaires de France, p.504.

21. Antonovsky A. (1979) – *Health, stress and coping: new perspectives on mental wellbeing.* San Francisco: Josey Bass.

22. American Psychiatric Association (1994) – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV*

23. American Psychiatric Association Committee on Nomenclature (1987) – *Diagnostic and Statistical Manueal of mental Disorders III*

24. American Psychological Association – *Developmental Psychology.* Published bimonthly

25. Andres, T., Chess, S., Siuen, J., Mendez, O., (1974) – *Cross Cultural study of behavior în children with special vulnerabilities to stress.* în D.Ricks, A.Thomas, M.Roff (ed), Life Story research în psychopatology (vol III, p.53-67)

26. Apell Genevieve, David Myriam – Le *maternage insolite ou Pikler Loczy.*

27. Apell Genevieve, Tardos Anna (1998) – *Prendre soin d'un jeune enfant.* De

BCU "SORIN TITEL" UNIVERSITY LIBRARY

l'empathie aux soins therapeutiques. Eres. P. 218

28. Aspids Rene, (1965) – *The first year of life – A psychoanalytic Study of Normal and Deviant development of Object relations*, International University Press NY, p.394.
29. Balint Alice (1954) – *The early years of life*. Basic Books Inc.
30. Barnes Graham Justice, (1994) – *Love and Wisdom*, Library of Psychiatria Danubiana Zagreb, p.254
31. Belsky J., Rovine M.J. (1988) – *Nonmaternal care in the first year of life and the security on infant-parent attachment.* Child Development, 59, p. 157-167.
32. Bem Porad (1971) – *New Views on the Psychodynamics of the Depressive Character Arietic* (ed) World Bienial of Psychiatry and Psychotherapy, vol I, NY, basic Books
33. Blum H. (1983) – *Adoptive parents: generative conflict and generational continuity* . Psychoanalitical studies. 38: 141-163
34. Bourgault D., De la Harpe F., (1988) – *L'enfant en famille d'accueil.* Centurion. p. 152
35. Bowlby, J. (1965) – *Child Care and the Growth of Love*, A. Penguin Book , III Ed. p.255
36. Bowlby, J., (1982) – *Attachment and loss*, vol I, Attachment NY Basic Books
37. Bowlby, J., (1973) - *Attachment and loss,* vol II, Separation NY Basic Books
38. Bowlby, J., (1980) - *Attachment and loss,* vol III, Loss, sadness and depression, NY Basic Books
39. Bowlbz J. (1988) – *A SecureBase.* New York: Basic Books.
40. Black ,I.E, Roberts J. (1993) *"Rituls for our times"* Harper Perennial
41. Brazelton, T.B., (1998) – *Les tensions dans les familles d'aujourdhui*
42. Brazelton, T.B., (1973) – *Neonatal behavioral assessment scale*, London: Spastics International Medical Publicâtions
43. Brazelton, T.B., Nugent K.J., (1995) – *Neonatal behavioral assessment scale.* 3rd Edition. Mac Keith Press, p. 150
44. Brazelton, T.B., Cramer B.G., (1990) – *The Earliest Relationship*, Addison – Wesley Publishing Company, Inc.
45. Brazelton, T.B.,(1989) – *Families: Crisis and Caring* Ballantine Books, New York, p. 251
46. Brazelton, T.B., (1981) – *Om Becoming a Family.* The Growth of Attachement. A Merylord Lawrence Book. P.210

BCU "ALEXANDRU IOAN CUZA" UNIVERSITY LIBRARY

47. Brazelton, T.B. (1983) – *Infants and Mothers.* Differences în Development. Delta. P. 302

48. Brazelton, T.B. (1985) – *Ecoutez votre enfant.* Comprendre les problemes normaux de la croissance. Petit Biblioteque Payot, p. 221

49. Brazelton, TB. (1982) –*"Toddlers and parents",* A Delta Book

50. Brazelton, T.B. (1995) - *"Points Forts". "Les moments essentiels du developpment de votre enfant"*, Stock - Laurence Pernoud

51. Brusiloff P., Witenberg, M.J. (1983)- *"The emerging child"* , Jason Aronson, Inc.

52. Brenner C. (1957) – *An elementary Textbook of Psychoanalysis.* A Doubleday Anchor Book, p. 224

53. Bretherton, I., (1985) – *Attachment Theory: retroaspect and prospect,* în Bretherton

54. Waters (ed) Growing points of attachment theory and research. Monography of the

55. Society for research în Child Development

56. Bettelheim, B., (1969) – The *Children of the Dream, Communal Child Rearing and American Educâtion. The Empty Fortress and Love is not Enough*, The McMillan Company

57. Brehm S., Kassim, S., (1989) - *Social Psychology.* Houghton Mifflin Company

58. Bronfenbrenner, U., Crouter A., (1983) – *The evolution of environmental models în developmental psychology*, în PH Mussen (ed) Handbook of child development vol I History Theories and Methods, NY, Wiley

59. Bridges, W., (1986) – *Making sense of life's changes*, Transitions, Addison – Wesley Publishing Company

60. Breger, I., (1974) – *From Instinct to Identity – The Development of Personality*, Richard Lazarus (ed) The Prentice Hall Series în Personality

61. Burchfield S.R., Elich M.S., Woods S.C. (1977) – *Geophagia in response to stress and arthritis.* Phzsiologz and Behavior, 19, p. 265-267.

62. Cramer Bertrand (1988) – *Psychiatrie du bebe*, Nouvelles frontieres, ESHEL

63. Carr, J., Vitaliano PP (1985) – *The theoretical implicâtions of converging research on depression and the culture – bound syndromes.* în A. Kleinman, B.Good (ed), Culture and drepression: Studies în the anthropology and cross – cultural psychiatry of affect and disorders.

64. Chess, S., Thomas, A., (1984) – Origins *and evolutions of behavior disorders,* Brunner / Masel

BCU "CAROL I" LIBRARY

65. Chiland C., Young J.G. (1990) – *L'enfant dans să famille.* Nouvelles approaches de la sante mentale de la naissance a l'adolescence pour l'enfant et să famille. Presses Universitaires de France, p. 601

66. Cramer Bertrand – *Les Psychoses infantiles et les etapes du development de la separation et de l'individuation* ches Margaret mahler, p.41-69

67. Chess, S., Thomas, A. (1986) – *Temperament în clinical practice*, NY, Guilford Press.

68. Cicchetti, D., Carlson V. (1989) – *Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*, Cambridge University Press

69. Collomb Henry – *Etudes Transculturelle*, vol. I, p.215-277

70. Chiland, Colette - *Psychoses et nevroses de l'enfant dans l'oeuvre de Winnicott*, p.35-41

71. Carlson, V., Cicchetti, D., Barriett, D., Braunwald, K., (1989) – *Disorganised / disoriented attachment relationships în maltreated infants*, Developmental Psychology 25.

72. Cassidy J., (1988) – *Child mother attachment and the self în 6 years olds*, Child deevelopment , p.59

73. Cramer B. (1988) – *Psychiatrie du Bebe.* Nouvelles frontiers.Editions Medicine et Hygiene, p. 542

74. Cross, M. (1998) – *Proud Child, Safer Child.* A Handbook for Parents and Carers of Disable Children, The Women's Press, p.206

75. Cyrulnik B. (2001) – *Les Vilains petits canards.* Editions Odile Jacob, p. 279

76. David, Myriam, (1990) – *Le placement familial de la pratique a la theorie*, Collection "La vie de l'enfant", p.457

77. David Myriam (1991) – *0 a 2 ans. Vie affective et problemes familiaux.* Privat.

78. David M., Appel G. (2001) – *An Unusual approach to mothering.* Pikler-Loczy Tarsag, Budapest

79. Delaisi de Parseval G., Lallemand S. (1985) – *L'art d'accommoder les bebes.* 100 ans de recettes francaises de puericulture. Editions Seuil, p. 276

80. Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders (DSM IV) – 4th Ed., American Psychiatric Association, p.886

81. Diatkine R., Simon J. (1973) – *La psychanalyse precoce.* Le fil rouge. Presses Universitaires de France, p. 422

82. Didier, J., (1963) - *Le nouveau Spock* Londra Hodder Staughton, p.256

BCU "ALECU RUSSO" UNIVERSITY LIBRARY

83. Dinnage R, Kellmer Pringle M.L,(1969) – *Foster Home Care Facts and Fallacies.*A Review of Research în the United States, Western Europe, Israel and Great Britain between 1948 and 1966,The National Bureau for Co-operation în Child Care Longmans, p.268

84. Dolto, F.,(1979) - *Lorsque l'enfant parait*, Editions du Sevil, p.186

85. Dolto, F.,(1988) – *L'image inconsciente du corps.* Editions du Seuil, Paris. p. 376

86. Dolto, F.,(1971) – *Psychanalyse et pediatrie.* Editions du Seuil, p. 279

87. Dolto, F., Rapoport D., This B. (1990) – *Enfants en souferance.*Stock/Laurence Pernoud, p. 236

88. Donovan W.L., Leravitt L.A. (1985) – *Physiologic Assessment of Mother-Infant attachment.* Journal of the american academy of Child Psychiatry, 24, p. 65-70.

89. Dulcan, K.M., Popper, C.W., (1991) – *Child and adolescent psychiatry*, American Psychiatric Press, p. 255.

90. Emde, R., (1988) – *Reflectiones sur le soins materneles et la reactualisation de l'experience relationnelle precoce*, ESHEL, p.23-31

91. Erikson E.H. (1963) – *Childhood and society.* In Bretherton I. (1985). Attachment theory: retrospect and prospect.

92. Fahlberg,V.(1988)-*Fitting the pieces together*-Attachment and separation Child development Helping children when they must move The child în placement:common behavioural problems-British Agencies for Adoption &Fostering,p368

93. Fahlberg, V., (1991) – *A Child's Journey Through Placement Perspectives*,University Press

94. Filipoi Sempronia (1998) – *Basme terapeutice pentru copii şi părinţi.* Fundaţia Culturală Forum, Cluj-napoca.

95. Floru R. (1974) – *Stressul psihic.*Editura Enciclopedica Romana, p. 198

96. Fraiberg S.H., (1959) – *The Magic Years.* Understanding and Handling the Problems of Early Childhood. Charles Scribmer's Sons, New York, p. 305

97. Freud S. (1968) – *The Interpretation of Dreams.* Discus Books, p. 736

98. Freud S. (1969) – *Dora: Analysis of a Case of Hysteria.* Collier Books., p. 157

99. Freud S. (1961) – *Introduction a la psychanalyse.* Petite Biblioteque Payot, p. 443

100.Freud S. (1967) – *Psychopathologie de la vie quotidienne.* Petite Biblioteque Payot, p. 317

101. Freud S. (1971) – *Three Essays on the Theory of Sexuality.* The cornerstone of Freudian psychoanalysis. Discus Books, p. 174

BCU "IOAN SLAVICI" TIMIŞOARA UNIVERSITY LIBRARY

102. Fromm-Reichmann F. (1961) – *Principles of intensive psychotherapy.* Phoenix Books.

103. Garmezy, N., (1981) – *Children under stress: perspectives on antecedents and correlates of vulnerability and resistance to psycopathology*, în A.Rabin, J.Arnoff (ed) Further explorations în personality, NY

104. Glasscote R.M., Fishman M.E., Sonis M., (1972) – *Children and mental health centers.* Programs, problems, prospects. The Joint Information Service. p. 257

105. Golu, M., (1971) – *Perceptie şiactivitate*, Ed. Ştiinţifică, colectia Psyche

106. Goldenberg, I., Goldenberg, H., (1996) – *Therapy – An Overview*, IV Ed. Brooks, p.471

107. Goldstein J., Freud A., solnit A.J. (1979) – *Beyond the Best. Interests of the Child* New York, Free Press.

108. Graham, Ph., Turk, J., Verhulst, (1999) – *Child Psychiatry - A developmental approach* , II Ed., Oxford University Press, p.1036

109. Greenberg M.T., Cicchetti D, Cummings EM., (1990) – *Attachment în the Preschool Years.* Theory, Research, and Intervention.The University of Chicago Press. p. 507

110. Greenspan S., Thorndike-Greenspan N. (1986) – *Le develppement affectif de l'enfant.* Payot, Paris, p. 318

111. Greenspan S. I. (1995) – *The Challenging Child.* Perseus Books.

112.Gross, D., R., (1992) – *Psychology – The Science of Mind and behavior*, Hodder, Stoughton, London

113. Guedeney, Kreisler L., (1988) – T*roubles sever du someil dans de dixhuit premiers mois de la vie*, ESHEL, p.431-451

114. Harkness, S., Super, C., (1983) – *The cultural construction of child development: A framework for the socialisation of affect*, Ethos, p.221-231

115. Hembree-Kigin T.L., McNeil C.B. (1995) – *Parent-Child Interaction Therapy.* Clinical Child Psychology Library, p. 169

116. Hilgard, R.E., Atkinson, R.C., Atkinson, R.L. (1971) – *Introduction to Psychology*, 5th Ed., Harcourt Brace Jovanovich, p.640

117.Himes J.R., Kessler S. Landers C. (1991) – *Children in Institutions in Central and Eastern Europe and a First Look at Alternative Apprpoaches.* Florence, Italy: UNICEF International Child Development Centre.

118.Howes C., Philips D.A., Whitebook M. (1992) – *Tresholds of Quality:* implications

BCU IAŞI - BIBLIOTECA CENTRALĂ UNIVERSITARĂ

for the social development of children in centr-based child care. Child Development, 63, p. 449-460.

119.Hoeksma J.B., Koomen H., (1991) – *Deveiopment of early mother-child interation and attachment.* Drukkerji Elinkwijk BV. p. 191

120. Infant mental health journal – *The Official Journal of the World Association for Infant Mental health*, Wiley (1997)

121. Imber, B., Roberts, J., (1993) – *Rituals for our times – Celebrating, healing and Changing Our Lives and Our relationships*, Harper Perennial

122. Jung C.G, Kereny K., (1994) – *Copilu divin. Feciora divina.* Editura Amarcord. p.287

123. Kaplan, I.K., Sadock I.B., (1985) – *Comprehensive Textbook of Psychiatry* IV, p.2040

124. Kennel J. Voos D., Klaus M. (1976) – *Parent- infant bonding.* In R. Helfer and C.H. Kempe (Eds.). Child Abuse and Neglect. Cambridge, MA: Ballinger Publishing Co.

125. Killen K. (1998) – *Copilul maltratat.* Editura Eurobit.

126. Kreisler, L., (1985) – *L'expression somatique – La pathologie psychosomatique*, vol II, p. 453-445, p.709-747

127. Kreisler, L., (1985) – *Les enfants victimes de services*, p.53-71

128. Kutner L., (1993) – *Pregnancy and your baby's first year.* William Morrow and Company, INC. New York, p.224

129. Leach P. (1994) – *Children first. What our society must do-and is not doing-for our children today.* Alfred A. Knopf, New York.

130. Lamb M.E., Thompson R.A., Gardner W.P., Charnov E.L., Estes D. (1984) – *Security of infantile attachment as assessed in the Strange Situation: Its study and biological interpretation.* Behavioral and Brain sciences, 7, p. 127-147.

131. Lăzărescu M. (1994) – *Psihopatologie clinică.* Editura Helicon, p. 463

132. Lebovici, S., Diatkine, R., Soule, M., (1985) – *Traite de Psychiatrie de l'enfant et de la adolescence*, vol.I p.670, vol.II p.821, vol.III, p.603

133. Lebovici, S., (1983) – *Le nurisson, la mere et le psychanalyste*, Colectia Paidos, le Centurion, Paris, p. 378

134. Lebovici, S. Weill, Halpern, F., (1989) – *Pathologie du bebe*, Colectia Psyche Presses Universitaires de Frances Paris

135. Lebovici, S., Mazet P., Visier J.P., (1989) – *L'evaluation des interactions pecoces*, ESHEL, Paris 1989

BCU "Ovidius" CONSTANȚA LIBRARY

136. Lewis, M., Suzann M., (1990) – *Handbook of developmental psychopatologie*, Plenum press, NY, p.530

137. Lebovici, S., Soule M., (1970) – *La connaisance de l'enfant par la psychanalyse*, Le file rouge Presses, Universitaires de France, p.680

138. Loutre- Du Pasquier (1981) – *Le Devenir D'Enfants Abandonnes*.Le tissage et le lien. Presses, Universitaires de France, p.256

139. Lowenfeld M., (1967) – *Play in Childhood*. Science Edition John Wiley and Sons, INC. p. 341

140. Luchins A.S., (1964) – *Group Therapy*. A gide. Random House, New York. p.170

141. Mahler, M., (1970) – *Manuel On Human Symbiosis and the vicisitudes of Individuation* Vol.I Infantile Psychosis, International University Press

142. Mahler, M., Pine, F., Bergman, A., (1987) – *The Psychological Birth of the Human Infant Symbiosis and individuations* , Basic Books Ny p 308.

143. Main, M., Goldwyn, R., (in Press) – *Interview based adult attachment classificâtions. related to infant mother and infant father attachment*. Developmental Psychology

144. Main, M., Kaplan, N., Cassidy (1985) – *Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation.* în Bretherton, Waters (ed) Growing points of attachment theory and research. Monography of the society for research on child development 50, nr.209

145. Main, M., Solomon, J., (1986) – *Discovery of a new, insecure disorganized / disoriented attachment pattern.* în Brazelton, Yogman (ed) Affective development în infancy, p.95-124.

146. Mannoni M., (1964) – *L'enfant arriere et să mere* .Edition du Seuil., p. 245

147. Maury L. (1991) – *Developpment de l'enfant*. Presses Universitaires de France, p. 127

148. Mazet P., Stoleru S., (1988) – *Psychopathologie du nourisson et du jeune enfant*, Masson, p.278

149. Mayall B., Foster M.C., (1989) – *Child Health Care*. Living with children, working for children. Heinemann Nursing. p. 207

150. Meissels, S., Shonkoff, J., (1996) – *Handbook of Early Childhood Intervention*, University Press Cambridge.

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

151. Middleton N., (1971) – *When Family Failed.* The treatment of children în the care of the community în the first half of the twentieth century. Victor Gollancz LTD, London, p. 335

152. Mircea T., Stan, V., (1997) – Curs *de psihiatrie a copilului şi adolescentului*, UMF, Timişoara, p.103

153. Mitrofan, I., (1989) – *Cuplul conjugal. Armonie – dizarmonie*, Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti.

154. Mitrofan I., Nuţă A. (1999) – *Jocurile conştienţei sau terapia unificării.* Editura Sper, Bucureşti.

155. Minuchin, P., (1985) – *Families and individual development. Provocâtions from the field of family therapy.* Child Development, 56.

156. Montagner H. (1999) – *L'attachement.* Les debuts de la tendresse. Edition Odile Jacob, p. 331

157. Montessori M., (1992) – *L'enfant.* Epi. Desclee de Brouwer. p.202

158. Morison S.J., Ames E.W., Chisholm K. (1995) – *The development of children adopted from Romania orphanages.* In Merrill-Palmer Quarterlz, Vol. 41, No. 4, p. 411-430.

159. Neill A.S. (1991) – *Libres enfants de summerhill.* Folio/Essais

160. Nickman S.L. (1985) – *Loses in adoption. Psychoanalitical Study of the Child.* 40: 365-398.

161. Noel, J., (1985), - *L'enfant "cas social"*, PUF.

162. Noica, C., (1944) – *Jurnal Filosofic*, Ed. Publicom, p.123

163. O'Brien, J., (1997) – *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America.*

164. Odier C., (1966) – *L/angoisse et la pensee magique.* Essai d'analyse psychogenetique appliquee a la phobie et la nevrose d'abandone. Delachaux et Niestle. p. 238

165. Pamfil, Ed., Ogodescu, D., (1973) – *Psihologie şiinformatie*, Ed.Ştiinţifică, Colectia Psyche

166. Papalia, D., Sally Wendkos, (1986) – *Human development*, Ed. a III-a, p.624

167. de Paris M. – *Guide de l'aide sociale a l'enfance de Paris.*

168. Piaget, J., (1973) – *Nasterea inteligentei la copil*, EDP, Bucuresti

169. Piaget, J., (1952) – *The origins of intelligence în children* (M.Cook, Trans.), NY International University Press

170. Pikler, E., (1997) – *Friendliche Babys – Zufriedene Mutter*, herder Spektrum, p.22

BCU "AUREL VLAICU" UNIVERSITY LIBRARY

171. Portage: *The Importance of Parents.* Proceedings of the Third Conference on Portage Services at University College, London. NFER-NELSON, p. 224

172. Provence S., Lipton R.C. (1962) – *Infants in institutions.* International Universities Press, Inc., New York.

173. Rappaport, J., Ismont, D., (1996) – *DSMIV Training guide for diagnosis of childhood disorders,* Brunner / Mazet Publisher NY, p.360

174. Rexford, N.E., Sander, L.W., Shapiro, T. (1976) – *Infant Psychiatry.* A New Synthesis, New Haven and London Yale University Press, p.350

175. Rosenberg B.E., (1992) – *The Adoption Life Cycle.* The Children and Their Families Through the Years. The Free Press, New York, p. 209

176. Rota, M., (1991) – *Comuniquer avec l'enfant*, Ed.Enfances Initiation, p.256

177. Rutter M. (1981) - *Maternal deprivation reassessed.* London : Penguin books.

178. Rutter M., Bredenkampf T.G., O'Conner T.G. (1999) – *Attachment Disturbances and Disorders in Children Exposed to Deprivation.* Infant Mintal Health Journal, 1999, 20, p. 10-29.

179. Sagi A., Lamb M.E., Lewkowicz K.S. Shoham R., Dvir R., Estes D. (1985) – *Securitz of infant-mother, -father, -metaplet attachments among kibbutz-reared Israeli children.* In Bretherton I. And e. Waters. Growing points of attachment theory and research. Monographs of the society for Research in Child Development, 1985, 50, 3-35.

180. Scarr, S., McCartney, (1983) – *How people make their own environments: A theory of genotype environment effects,* Child Development 54, p.424-435

181. Sameroff A.J., Seifer, B., (1981) – *The transmission of incompetence. The offspring of mentally ill women.* în M.Lewis, L.Rosenblum (ed) The uncommon child , p.63-90

182. Săhleanu V., Athanasiu A. (1973) – *Psihologia profesiunii medicale.* Editura Ştiinţifică.

183. Selye H. (1936) –*a syndrome produced by diverse nocuos agents.* In Levine, P., (1991). What is stress? In Brown M.R., Koob G.F. and Rivier C. Stress: Neurobiology and Neuroendocrinology. New Zork, p. 331-353.

184. Schatzberg A. F., Cole J.O. (1991) – *Manual of Clinical Psychopharmacology.* American Psychiatric Press, Inc.

BCU "IOAN SLAVICI" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

185. Shields A., Cichetti D. (1997) – *Emotion Regulation Among School-Age Children: The Development and Validation of a New Criterion Q-Sort Scale.* Developmental psychology, 1997, 33, nr. 6, p. 906-916.

186. Spangler G., Grossman K.E- (1993) – *Biobehaviral organisation in securely and insecurely attached infants.* Child Development, 64, p. 1439-1450.

187. Spitz R.A. (1945) -*Hospitalism: An Inquiri into genesis of psychiatric conditions in early childhood.* The Psychoanalytic Study of the Child, 1, p. 53-73.

188. Spitz R., (1968) – *De la naissance a la parole.* La premiere annee de la vie. Presses, Universitaires de France, p. 278

189. Sroufe, L.A., Cooper, R.G., (1998) – *Child Development – Its Nature and Course.* Knopf Alfred, NY, p.608

190. Sroufe L.a., Waters E. (1977) – *Heart rate as aconvergent measure in clinical and developmental research.* Merrill-Palmer Quarterly, 23, p. 3-25.

191. Stan, V., (1998) – *Ataşamentul – de la terorie la practica*, Ed. Grafo Market, Timisoara

192. Steinberg J.A., Silverman M.M. (1987) – *Preventing Mental Disorders.* A Research Perspective. National Institute for Mental Health, p. 250

193. Stern, D., (1980) – *The First Relationship – Infant and Mother*, Harvard University Press, p.149

194. Stern H.H. (1972) – *Educarea părinţilor în lume.* Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.

195. Stewart M.A., Gath A., (1978) – *Psychological Disorders of Children.* A Handbook for Primary Care Physicians. The Williams and Wilkins Company, Baltimore, p. 167

196. Stoleru, S., Lebovici, S., (1985) – *L'interaction parent nourisson*, PUF, vol.I, p.143-157

197. Stone, F., Koupernik, C., (1987) – *Introduction a la psychiatrie infantile*, Ed. Flammarion, p.144

198. Stork, H., (1986) – *Enfances indiennes. Etudes de psychologie transculturelle et comparee du jeune enfant.* Collete Chiland. Ed. Paidos, p.237

199. Sze. William Ph.D., (1975) – *Human life cycle*, Ed.Jason Aroson, NY, p.737

200. Teti D.M., McGourty (1996) – *Mothers as Attachment Q-set Observers,* Child Development, 67, p. 597-605.

201. de Truchis-Leneveu C. (1996) - *L'eveil de votre enfant. Pour un bebe actif et detendu.* Bibliotheque de la famille/Albin Michel

BCU "Ovidius" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

202. *The writings of Anna Freud.* vol. I-VIII International Universities Press NY, Vol.VI, Normality and Pathology în childhood: Assessment of development, p.275

203. Thirion M., (1980) – *Les Competences du Nouveau-Ne.*Editions Ramsay, p. 312

204. Van Ijzendoorn M.H., Kroonenberg P.M. (1990) – *Cross-cultural consistency of coding the Strange Situation.* Infant Behavior and Development, 13, p. 469-485.

205. Van Ijzendoorn M.H., Van der Veer R., Van Vliet-Visser S. (1987) – *Attachment three zears later: Relationships between quality of mother-infant attachment and cognitive/emotional development in kindergarten.* In L.W.C. Tavecchio and M.H. Ijzendoorn, Attachment in social networks: Contributions to the Bowlby-Ainsworth Attachment theory. Amsterdam, Elsevier Science Publishers.

206. Verweij-Tijsterman E. (2000) – *Day care and attachment.* Vrije Universiteit.

207. Voizot, B., (1977) – *Le development de l'inteligence chez l'enfant*, Paris, p.327

208. Vulcanescu, R., (1979) – *Dictionar de etnologie*, Ed. Albatros, Bucuresti

209. Zahn-Waxler, Cummings, C., McKnew, E.M., (1984) – *Altruism, aggression and social interactions în young children with a maniac depressive parent.* Child Development 55, p.112-122

210. Zeanah, C., Andres, T.F., (1988) – *La subjectivitie dans le relations parents-enfants: modeles de fonctionement interne*, ESHL, p.337-363

211. Zeanah, C.H., (1993) – *Handbook of infant mental health.* The Guilford Press NY, p.501

212. Waddington, C.H., (1971) – *Concept of development.* în E.Tobach, E.Shaw (ed) – The Biopsychology of development NY, Academic press

213. Waters E., Deane K.E. (1985) – *Defining and assessing individual differences in attachment Relationship: Q-methodology and the organization of behavior in infancy and early childhood.* In Bretherton I. And E. Waters. Growing points of attachment and research. Momographs of the socirty for Research in Child Development, 1985, 50, p. 41-66.

214. Waters E. (1995) – *The attachment Q-set (version 3.0).* In Waters, E. Vaughn B.E., Posada G. And K. Kondo-Ikemura (Eds.). Caregiving, cultural and cognitive perspectives on secure-base behavior and working models. Monographs of the society for Research in Child Development, 1995, 60, p. 234-247.

215. Watzlawick, P., Weakland, J., (1990) – *Interaction*, Munchen, p.525

BCU "LUCIAN BLAGA" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

216. Watzlawick P., Weakland J., Fisch R. (1974) – *Principles of problem formation and problem resolution.* W.W. Norton and Company Inc.

217. Weihs J.T (1987) – *Copilul cu nevoi speciale.*Elemente de pedagogie curativă. Humanitas, p. 203

218. Weill, H., Blanche, F., Grisselli, C., (1988) – *Virus HIV et SIDA: la prise en charge pluridisciplinaire du nourisson,* ESHEL, p.481-495

219. Whiting, J.W., (1977) – *A model for psycocultural research. Culture and infancy. Variation in the human experience*, NY, Academic press, p.29-48

220. Whitfield, Ch., (1993) – *Boundaries and relationships. Knowing, Protecting and Enjoying the Self,* Health Communications, Florida, p.265.

221. Widlocher, D., (1985) – *Les lignes de development de l'enfant selon*, Anna Freud, PUF, vol. II, p.25-33

222. Winnicott D.W. (1996) – *Thinking About Children.* Addison-Wesley Publishing Company, Inc. p. 345

223. Winnicott D.W. (1988) – *Babies and their Mothers.*Free Associatin Books, London, p. 125

224. Winnicott D.W. (1991) – *L'enfant et să famille.* Petit Biblioteque Payot. p. 211

225. Winnicott D.W. (1990) – *De la pediatrie a la psychanalyse.*Science de l'homme Payot, p. 464

226. Winnicott D.W. (1984) – *Jeu et realite.* L'espace potentiel. Edition Gallimard, p. 212

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

CUPRINS

INTRODUCERE 1

CAP. I. FUNDAMENTELE TEORIEI ATAŞAMENTULUI 1

1.1 Contextul apariţiei teoriei ataşamentului 7

1.2 Modele internalizate de reprezentare a relaţiei primare de ataşament 14

1.3 Tipurile de ataşament ale copilului 15

1.4 Tipurile de ataşament ale adultului 20

1.5 Modele psiho-neuro-biologice implicate în structurarea reprezentărilor cerebrale 21

1.6 Sisteme de afiliere cu scop protectiv 32

1.7 Alte modele de abordare a dezvoltării umane 35

1.8 Predictibilitate şi transformare în procesul dezvoltării 40

1.9 Abordarea sistemică a reglării şi dezvoltării 44

1.10 Integrarea conceptelor asupra dezvoltării 45

CAP. II. UN NOU MOD DE ABORDARE A MICII COPILĂRII PRIN PRISMA TEORIEI ATAŞAMENTULUI 47

2.1 Influenţa factorilor de mediu asupra dinamicii formării sistemului de ataşament 47

2.2 Matricea primară de ataşament 54

2.3 Rolul nişei de dezvoltare în formarea ataşamentului la copil 57

CAP. III. PERSPECTIVE ŞI METODE DE CERCETARE CLASICE ŞI MODERNE ÎN PERIOADA MICII COPILĂRII 69

3.1 Introducere 69

3.2 Metoda observaţiei 71

3.3 Metode ethologice în investigarea micii copilării 86

3.4 Metoda clinică 88

3.5 Scările de dezvoltare 90

3.5.1 Scara de dezvoltare a lui Gesell 92

3.5.2 Kleinkinder Test: Ch. Bühler – H.Hetzer 96

3.5.3 Scara de dezvoltare Brunet-Lezine 101

3.5.4 Scările de dezvoltare Bailey 105

BCU IAŞI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

3.5.5 Scările de dezvoltare a inteligenței fundamentate pe teoria lui Piaget 106
3.5.6 Scările Gaensbauer 108
3.5.7 Evaluarea cu ajutorul schemelor de interacțiune (GLOS) 109
3.6 Instrumente de screening, testul Denver (T. D. II) 110
3.7 Metode și instrumente folosite în evaluarea calității atașamentului 112
3.7.1 Chestionarul de atașament Q-sort 112
3.7.2 Exemplu de combinare a metodelor de investigare folosite în programul Casa cu Ferestre Deschise 121
3.8 Criterii de diagnostic pentru: tulburarea de atașament reactivă a copilăriei 124
3.9 Criterii de diagnostic propuse pentru tulburările de atașament precoce 126
3.10 Criterii de diagnostic pentru „comportament opozant - sfidător" 128
3.11 Criterii de diagnostic pentru „Tulburări de conduită" 129
CAP. IV. ATAȘAMENTUL BAZĂ A FAMILIEI SUPLEANTE 131
4.1. Deprivarea maternă 131
4.2. Sistemul de ocrotire familială temporară "Casa cu Ferestre Deschise" 146
CAP. V. ORGANIZAREA ATAȘAMENTULUI ȘI SCOPURILE PSIHOTERAPIEI 164
5.1. Copilul neatașat - factor de risc 164
5.2. Organizarea atașamentului și scopurile psihoterapiei 171
5.3. Alte forme de terapie citate în literatură 178
5.3.1. Terapia spirituală 178
5.3.2. Experimentarea în condiții extreme 179
5.3.3. Terapia de reducere a furiei 179
5.3.4. Atingerea senzitivă 181
5.3.5. Tehnica double-bind 183
5.3.6. Comunitatea terapeutică 184
POSTFAȚĂ 188
BIBLIOGRAFIE 189
CUPRINS 203

BCU IAȘI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Carte editată cu sprijinul financiar al Fundației Ovidiu.

BCU IAȘI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

9288/02

B.C.U. „M. EMINESCU" IAŞI

Tehnoredactare s.c.CoLiMoRo s.r.l.
Timisoara, str. Semenic nr. 11
0256-437.872

45.000 lei

BCU IAŞI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IAS/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

ISBN 973-620-036-1